جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

الأمراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة
(دراسة في الجغرافيا الطبية)

إعداد
فتحية فليح عبد الكريم نجار

إشراف
د. أديب الخطيب
د. عصام أحمد الخطيب

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الجغرافيا من كلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.

2008م

الأمراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة

(دراسة في الجغرافيا الطبية)

إعداد

فتحية فليح عبد الكريم نجار

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ 2008/12/31م، وأجيزت.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
1. د. أديب الخطيب / مشرفاً ورئيساً	....
2. د. عصام أحمد الخطيب / مشرفاً ثانياً	....
3. د. فايز فريجات / ممتحناً خارجياً	....
4. د. أحمد رأفت غضية / ممتحناً داخلياً	....
5. د. أيمن حسين / ممتحناً داخلياً	....

بسم الله الرحمن الرحيم

يقول الحق تبارك وتعالى في محكم تنزيله

"يرفع الله الذين امنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات والله بما تعملون خبير"

صدق الله العظيم

سورة المجادلة:آية 11

إهداء

إلى من فارقت أجسادهم دنياي وغرست أرواحهم في صميم قلبي...... أمي وأبي

إلى من بعث العزيمة والإصرار في نفسي وشاطرني مسيرة العلم......زوجي الغالي

إلى الأزهار التي تفتحت في ربيع عمري ليفوح عبيرها في حياتي......رولا, ريم, تميم

إلى كل القلوب الصافية التي واكبت جهدي المتواضع لهم مني الحب والتقدير

إليكم جميعا اهدي ثمرة جهدي هذا

ومن أجلكم سأستمر

فتحية نجار

شكر وتقدير

بعد حمد الله والثناء عليه على انجاز هذا العمل المتواضع, لا يسعني إلا أن أتقدم بجزيل الشكر ووافر الامتنان والعرفان إلى أستاذي الفاضلين الدكتور أديب الخطيب والدكتور عصام الخطيب لتفضلهما بالإشراف على هذه الرسالة, وتقديم التوجيهات التي كان لها الأثر الواضح على اجتهادي وإتمامي لهذه الدراسة. فدعواتي لهما بالصحة والسعادة وان يجزيهما الله عني خير الجزاء.

كما أتوجه بالشكر والامتنان إلى الأساتذة الأفاضل في جامعة النجاح الوطنية وبالتحديد في قسم الجغرافيا, وعلى رأسهم رئيس القسم الدكتور احمد رأفت عضيه, فله مني جزيل الشكر وعميق الثناء وموفور الامتنان على ما قدمه من دعم وتشجيع وإرشاد وتوجيه لي ولكل من يقصده. كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الدكتور فايز فريجات ممتحنا خارجيا.

وكل الشكر والامتنان والعرفان أقدمه إلى زوجي العزيز الذي كان السند والمعين في هذه الدراسة.

والى كل من قدم يد العون والمساعدة لي وساهم في انجاز هذا العمل له مني الشكر والتقدير.

فتحية نجار

الإقــرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

الأمراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة

(دراسة في الجغرافيا الطبية)

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء مـا تمـت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أية درجة علمية أو بحث علمي أو بحثي لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	**اسم الطالب:**
Signature:	**التوقيع:**
Date:	**التاريخ:**

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

فهرس الخرائط

الأمراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة

(دراسة في الجغرافيا الطبية)

إعداد

فتحية فليح عبد الكريم نجار

إشراف

د. أديب الخطيب

د. عصام أحمد الخطيب

الملخص

تناولت هذه الدراسة الأمراض والخدمات الصحية ومدى انتشارها في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة . تختلف المناطق في نوعية ونسبة الأمراض المنتشرة بها .تعتبر الأمراض من المشكلات الحقيقية التي تشكل عائقا كبيرا للسكان لمزاولة حياتهم اليومية, فهي تؤثر في إنتاجيتهم وقدرتهم على القيام بأعمالهم, كما أنها تسبب القلق والإزعاج وعدم الراحة.

في هذه الدراسة تم الوقوف على أهم المؤثرات البيئية في محافظة رام الله والبيرة والتي تلعب دورا في الإصابة بالأمراض مثل: المناخ والتركيب الاقتصادي والتلوث.

كما تم في هذه الدراسة حصر الأمراض الأكثر شيوعا في المحافظة من خلال الاطلاع على قوائم مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية للعام 2005 والتي يشرف عليها القطاع الحكومي, وتم تناول هذه الأمراض من حيث مفهومها, مسبباتها, أعراضها, طرق الوقاية منها وعدد المصابين بكل مرض في بعض مناطق المحافظة.

كما تم تخصيص الفصل الرابع لبحث الخدمات الصحية المقدمة في محافظة رام الله والبيرة من حيث الجهات التي تقدمها (القطاع الحكومي، القطاع الخاص, القطاع الخيري ووكالة الغوث الدولية) وقد تم بحث هذه الخدمات من حيث أنواعها, مثل مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات والمختبرات وبنوك الدم ومراكز الأشعة وغير ذلك, كما تم بحث أعداد الخدمات المقدمة للسكان في المحافظة وأعداد زيارات المرضى لها.

وقد أظهرت الدراسة جملة من النتائج أهمها: من اكثر الامراض انتشارا في مناطق الدراسة هي امراض القلب حيث بلغت نسبة المصابين بها 24.2% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة يليها مرض السكري حيث بلغت نسبة مرضى السكري 21.4% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة, تعتبر الشقق السكنية من اكثر انواع المساكن شيوعا في مدن الدراسة, بينما كانت البيوت المستقلة هي الاكثر شيوعا في قرى ومخيم الدراسة, يعتبر زواج الاقارب من اكثر حالات الزواج شيوعا في قرى الدراسة حيث بلغت نسبة زواج الاقارب 43.9% من اجمالي عدد حالات الزواج في قرى الدراسة والنسبة الاكبر من الافراد في مدن وقرى الدراسة يحصلون على معلوماتهم الصحية من وسائل الاعلام,بينما تحصل النسبة الاكبر من الافراد في مخيم الدراسة على معلوماتهم الصحية من المركز الصحي.

بناء على هذه النتائج تم تقديم مجموعة من التوصيات منها: تفعيل دور وسائل الاعلام بمختلف انواعها في نشر الوعي الصحي بين السكان حول ظاهرة زواج الاقارب وما ينتج عنه من امراض وراثية اهمها الثلاسيميا,تثقيف العاملين في مختلف المجالات حول الامراض المهنية التي قد ترتبط بمجالات عملهم وتزويدهم بادوات الوقاية والسلامة اثناء العمل, تحسين نوعية الخدمات الصحية التي تقدم في مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة للقطاع الحكومي والاهتمام بنشر الثقافة الصحية بين السكان حول الامراض الاكثر شيوعا مثل امراض القلب والسكري من حيث اسبابها وطرق الوقاية منها وطرق علاجها في حالة الاصابة بها.

1. 1 المقدمة

يهتم علم الجغرافيا بدراسة العلاقات والتفاعل بين الإنسان وبيئته الجغرافية. يدرس علم الجغرافيا تأثير عناصر البيئة الطبيعية على الإنسان ومن هذه العناصر أشكال السطح والمناخ. كما يدرس تأثير الإنسان على البيئة الطبيعية أيضا مثل شق الطرق في المنحدرات الجبلية وأشكال التلوث. لذلك يمكن الوصول إلى أن دراسة اثر البيئة على صحة الإنسان وسلوكه وسائر جوانب نشاطه يعتبر من اختصاص علم الجغرافيا, لهذا ظهر فرع من فروع الجغرافيا يدرس العلاقة بين العوامل الجغرافية (الطبيعية والبشرية) وصحة الإنسان, ألا وهو الجغرافيا الطبية. فالجغرافيا الطبية تهتم بالبحث عن التفسيرات الجغرافية لظهور الأمراض, وتقويم أثرها على حياة الإنسان وأنشطته وقدراته, كما يوجد اتجاه آخر للدراسة في الجغرافيا الطبية ألا وهو اتجاه الرعاية الصحية, فالمشكلات الصحية تستلزم توافر أنواع وأشكال مختلفة من الخدمات الصحية اللازمة للوقاية والعلاج من الأمراض, ولرفع المستوى الصحي للإنسان. تعتبر جغرافية الرعاية الصحية احد فروع الجغرافيا الطبية التي تعنى بدراسة الاختلافات المكانية وأنماط التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية, وتأتي أهمية دراسة الخدمات الصحية من كونها تعكس برامج الحكومات في مجالات التخطيط البيئي والصحي والرعاية الصحية للمناطق الجغرافية المتباينة في ظروفها, بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع, والحيلولة دون انتشار الأمراض[1].

1. 2 منطقة الدراسة

رام الله والبيرة خير مثال لظاهرة المدن التوأم, فهما مدينتان توأمان تقعان ضمن مجموعة مدن الخط الجبلي في فلسطين, حيث هناك مجموعة مدن خط الساحل, ومجموعة مدن خط الغور. ورغم تعدد الأماكن الجميلة المرتفعة في منطقة الخط الجبلي في فلسطين, فان رام الله والبيرة هما المكان الوحيد المستغل على نطاق واسع كمصيف, حيث يجذب جمال طبيعتهما في فصل الصيف الناس من مختلف المناطق من داخل البلاد ومن خارجها.

[1] جابر, محمد مدحت والبنا, فاتن محمد,1998, **دراسات في الجغرافية الطبية**.الطبعة الأولى,دار صفاء للنشر والتوزيع,عمان,الأردن.صفحة ب

ورام الله والبيرة (التوأمان), هما في الأصل قريتـان متجاورتـان ازدادت مسـاحتهما العمرانية واتصلتا وتداخلتا وأصبح من الصعب على البعض أن يعرف الحدود الفاصـلة بـين المدينتين[1].

تقع محافظة رام الله والبيرة وسط السلسلة الجبلية الوسطى في فلسطين, وبالتحديد علـى خط تقسيم المياه الفاصل بين غور الأردن والسهل الساحلي الفلسطيني, حيث تتوسط المحافظـة منطقتي الغور في الشرق ومناطق السهل الساحلي في الغرب. ويظهر مركزية هذا الموقع مـن خلال الأبعاد التي تحكم المحافظة, فهي تبعد 164 كم عن المطلة أقصى نقطة في شمال فلسطين و259 كم عن أم الرشراش آخر موقع في جنوب فلسطين, كما تبعد حوالي 67 كم عن شواطئ البحر المتوسط و52كم عن البحر الميت. وفلكيا تقع المحافظة علـى خـط طـول 35درجـة و34دقيقة و20 ثانية شرق خط غرينتش, ودائرة عرض 33درجة و13دقيقة و40 ثانية شـمال خط الاستواء[2].

---

[1] دائرة الثقافة، منظمة التحرير الفلسطينية، 1990، **موسوعة المدن الفلسطينية**، الطبعة الأولى، الأهالي للطباعة والنشـر والتوزيع، دمشق، سوريا، ص285.

[2] وزارة التخطيط – المركز الجغرافي الفلسطيني، رام الله, فلسطين, 2008.



خارطة (1): الموقع الجغرافي لمحافظة رام الله والبيرة بالنسبة للضفة الغربية

المصدر: وزارة التخطيط – المركز الجغرافي الفلسطيني، رام الله، فلسطين، 2008.

وفي هذه الدراسة تم اختيار بعض المناطق في محافظة رام الله والبيرة لدراسة الأمراض والخدمات الصحية فيها وهذه المناطق هي:

1. مدينتا رام الله والبيرة

2. مدينة دير دبوان وتقع إلى الشرق من مدينة رام الله وتبعد عنها قرابة 7كم.

3. قرية دورا القرع وتقع إلى الشمال من مدينة رام الله وتبعد عنها قرابة 8كم.

4. قرية عاروره وتقع في شمال غرب مدينة رام الله وتبعد عنها قرابة 22كم.

5. قرية عابود وتقع إلى الغرب من مدينة رام الله وتبعد عنها قرابة 30 كم.

6. قرية بلعين وتقع إلى الغرب من مدينة رام الله أيضا وتبعد عنها قرابة 15كم.

7. مخيم الامعري ويقع في جنوب شرق مدينة رام الله وعلى بعد 1كم وبناؤه متصل بالمدينة.

وقد تم اختيار هذه المناطق بسبب اختلافها وتنوعها في بعض الخصائص والمتغيرات مثل :

- نمط التجمعات السكانية : تتنوع أنماط التجمعات السكانية في محافظة رام الله والبيرة بين مدينة وقرية ومخيم, لذلك تم اختيار مناطق الدراسة من مختلف أنماط التجمعات السكانية, فقد تم اختيار مناطق رام الله والبيرة ودير دبوان كمثال على المدن, واختيار مناطق دورا القرع, عارورة, عابود و بلعين كمثال على القرى, أما مخيم الامعري فقد تم اختياره كمثال على المخيمات.

- البعد المكاني عن مدينة رام الله : فهناك مناطق قريبة من مدينة رام الله والبيرة مثل مخيم الامعري ودير دبوان, بينما تزيد المسافة بين المدينة وبعض المناطق المختارة مثل قريتي عابود وعارورة.

– تختلف المناطق المختارة أيضا في موقعها الجغرافي بالنسبة للمدينة. فمنها ما يقع إلى الشمال منها مثل قرية دورا القرع, ومنها ما يقع إلى الغرب منها مثل قرية بلعين, ومنها ما يقــع إلـــى الشرق منها مثل مدينة دير دبوان, و مخيم الامعري الذي يقع في الجنوب الشرقي من مدينة رام الله, ومنها ما يقع إلى الشمال الغربي مثل قرية عابود.

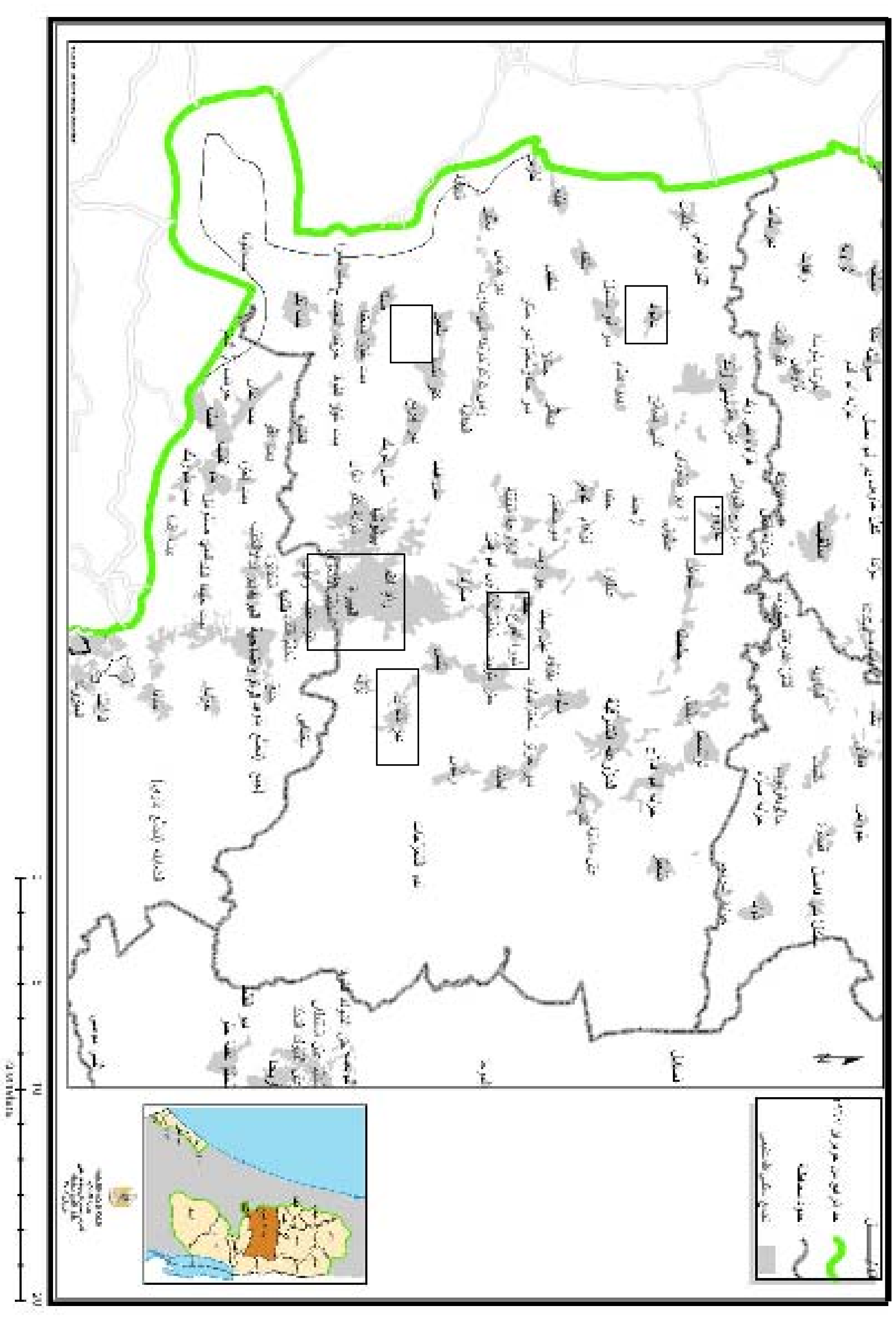
– تتباين المناطق المختارة في متوسطات عدد سكانها. فمنها قرى قليلة السكان مثل قرية بلعين, حيث بلغ عدد سكانها 1800 نسمه حسب إحصائيات عــام 2007، ومنهــا تجمعــات ســكانية متوسطة مثل مخيم الأمعري الذي بلغ عدد سكانه 5907 نسمه في العام نفسه, ومنها تجمعــات سكانية كبيرة مثل مدينة رام الله التي بلغ عدد سكانها 118,000 وذلك في العام 2007[1].

– تختلف المناطق التي تم اختيارها للدراسة في مستوياتها الاقتصادية، فمثلا قريتي عــارورة وبلعين ومخيم الامعري قرى فقيرة، بينما قرية عابود قرية متوسطة الدخل، أما مدن دير دبوان والبيرة ورام الله فهي مدن غنية حيث تتجمع بها رؤوس الأموال[2].

–تتباين المناطق المختارة للدراسة في ارتفاعها عن سطح البحر. فبينما ترتفــع مــدينتا رام الله والبيرة حوالي 867 م عن سطح البحر, فان مدينة دير دبوان وقرية دورا القرع ومخيم الامعري يتراوح ارتفاعها بين 730 –770 م عن سطح البحر, كما يتراوح ارتفاع قريتا عارورة وعابود بين 500–530 م عن سطح البحر, أما قرية بلعين فإنها ترتفع عن سطح البحر حوالي 320 م.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، دائرة النشر والتوثيق، قسم خدمات الجمهور، **عدد السكان المقدر فــي منتصــف عام 2007 لمحافظة رام الله والبيرة حسب التجمع.**

[2] الاغا، نبيل خالد، 1993، **مدائن فلسطين: دراسات ومشاهدات.** دار الفارس للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص70.



خارطة (2): مناطق الدراسة في محافظة رام الله والبيرة

المصدر: وزارة التخطيط – المركز الجغرافي الفلسطيني، رام الله، فلسطين، 2008.

1. 3 أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في محاولة التوصل إلى المتغيرات التي تؤثر في انتشار الأمراض سواء كانت متغيرات طبيعية مثل المناخ وأشكال السطح, أو متغيرات بشرية مثل المهنة وخصائص المسكن، كما تسعى هذه الدراسة أيضا إلى دراسة الأمراض الأكثر انتشارا في المحافظة، لان الأمراض تؤثر على قوى الأفراد المصابين بها وعلى طاقتهم الإنتاجية, كما أن من الأهمية حصر الأمراض الشائعة في منطقة الدراسة لمساعدة المهتمين من القطاعين العام والخاص لاتخاذ الإجراءات المناسبة. هذا وتعتبر هذه الدراسة الرائدة مهمة كونها تعرض مختلف الخدمات الصحية المقدمة للسكان في المحافظة, من ناحية الجهات التي تشرف عليها, وأنواعها وعددها.

1. 4 مشكلة الدراسة

تتعدد العوامل الجغرافية التي تؤثر على الحالة الصحية للإنسان, وتتعدد المشكلات المرتبطة بها, لذلك ركزت هذه الدراسة على تقديم التفسيرات الجغرافية للإصابة بالأمراض في محافظة رام الله والبيرة, وذلك من خلال البحث في العوامل والمتغيرات الجغرافية التي تؤدي إلى إصابة السكان بالأمراض, كما تم التركيز أيضا على دراسة الخدمات الصحية المقدمة للسكان في المحافظة وتوزيعها الجغرافي, وعوائق الحصول على الخدمات الصحية وذلك لتحقيق المعادلة بين الأمراض والبيئة والمتاح من الخدمات الصحية.

1. 5 تساؤلات الدراسة

تطرح الدراسة مجموعة من التساؤلات التي يمكن من خلالها التعرف على الأمراض المنتشرة وصورة الوضع الصحي في محافظة رام الله والبيرة. ومن هذه الأسئلة :

1- أي الأمراض الأكثر انتشارا في بعض مناطق محافظة رام الله والبيرة؟

2- ما اثر عناصر بيئة محافظة رام الله والبيرة على انتشار بعض الأمراض؟

3- هل لخصائص السكان الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية علاقات مع الإصابة بالأمراض؟

4. من هي الجهات المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية في محافظة رام الله والبيرة؟

5. ما مقدار التفاوت في مستوى الخدمات في المراكز الصحية في أجزاء المحافظة؟

1. 6 أهداف الدراسة

سعت هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. التعرف على اثر عناصر البيئية الطبيعية في الإصابة بالأمراض.

2. التعرف على اثر الخصائص الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية على الأوضاع الصحية في محافظة رام الله والبيرة.

3. التعرف على أكثر الأمراض انتشارا في محافظة رام الله والبيرة.

4. التعرف على مستوى الخدمات الصحية في المحافظة, ونوع هذه الخدمات والجهات التي تشرف عليها.

1. 7 فرضيات الدراسة

تشكل الفرضيات إجابات محتملة ليست مؤكدة ولا مرفوضة, يضعها الباحث تحت الاختبار للتأكد من صحتها, لذلك قد يقبل الباحث بفرض ما ويرفض فرض آخر من خلال ما يصل إليه من حقائق ومعلومات حول موضوع الدراسة, وفي اختبارات الفروض يتم البدء عادة بالنظرية الصفرية (لا توجد علاقة بين المتغيرين x, y), أي افتراض العدم للوصول إلى النظرية البديلة (توجد علاقة بين المتغيرين x, y).

وفي هذه الدراسة تم وضع مجموعة من الفرضيات كانت محصلة تخمينات محسوبة اعتمادا على ما كتب في مجال وموضوع هذه الدراسة, إضافة إلى تصور الباحثة الذهني حول العلاقات بين المتغيرات في الدراسة, واهم هذه الفرضيات :

1. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين مكان الإقامة، والإصابة بالأمراض.

2. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين الجنس، والإصابة بالأمراض.

3. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين المستوى التعليمي لكل من الأب والأم والإصابة بالأمراض.

4. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين الحالة السكنية والإصابة بالأمراض.

5. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين كلفة بناء المسكن والإصابة بالأمراض.

6. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين مهنة كل من الأب والأم والإصابة بالأمراض.

7. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين الدخل الشهري للأسرة والإصابة بالأمراض.

8. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين تكاليف العلاج في المستشفيات والإصابة بالأمراض.

9. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين خصائص المياه المستخدمة للشرب والإصابة بالأمراض.

10. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين الحصول على معلومات صحية والإصابة بالأمراض.

11. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين المدة الزمنية للمسافة بين مركز طبي والسكن والإصابة بالأمراض.

12. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين التأمين الصحي والإصابة بالأمراض.

13. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين متغير النفايات والإصابة بالأمراض.

14. لا توجد علاقة دالة على مستوى ($\alpha = 0.05$) بين إمكانية الوصول إلى أقرب مستشفى والإصابة بالأمراض.

1. 8 متغيرات الدراسة

تشتمل هذه الدراسة على مجموعة من المتغيرات أهمها:

1. الخصائص الديمغرافية:

مثل عدد السكان, الكثافة السكانية, حجم الأسرة والتركيب العمري والنوعي للسكان.

2. الخصائص الاجتماعية والاقتصادية:

مثل المستوى التعليمي، السكن والنشاط الاقتصادي.

3. المتغيرات الجغرافية مثل :

المناخ (الحرارة، الرياح، الرطوبة، الأمطار والضغط الجوي) من حيث أثرها على المستوى الصحي للإنسان.

1. 9 منهجية الدراسة

تعددت مناهج دراسة الجغرافيا الطبية, فبعضها مناهج رئيسية وبعضها الآخر فرعية. وحصر الدكتور عبد العزيز طريح مناهج البحث في الجغرافيا الطبية في منهجين رئيسيين هما: المنهج الأصولي والمنهج الإقليمي. ومن المنهج الأخير يتفرع منهجين هما:

أ. منهج دراسة العنصر البيئي الذي يحتمل أن تكون له علاقة بالصحة والمرض.

ب. منهج دراسة المرض أو الظاهرة الصحية[1].

ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المواءمة بين عدة مناهج منها المنهج الموضوعي الذي تم استخدامه في دراسة الأمراض من ناحية وصفها وأسباب الإصابة بها وكيفية انتقالها من مكان إلى آخر وسبل الوقاية منها.

كما استخدم في هذه الدراسة منهج البحث الإقليمي الذي يعتمد على دراسة إقليم أو منطقة ما, فقد كانت بعض مناطق محافظة رام الله والبيرة هي محور الدراسة, وتم بحث الظروف الجغرافية الطبيعية والبشرية في المحافظة وعلاقاتها المحتملة في انتشار الأمراض.

وقد استخدم أيضا المنهج الاستنتاجي وذلك في محاولة لاستنتاج العلاقات بين بعض متغيرات الدراسة وتفسيرها، بناء على فرضيات الدراسة, مثل العلاقة بين خصائص المسكن والإصابة بالأمراض.

وفي هذه الدراسة أيضا تم استخدام المنهج الإحصائي في تحليل البيانات الجغرافية, وذلك للتأكد من صدق فرضيات الدراسة, وإظهار العلاقات بين متغيرات الدراسة، وقد تمت معالجة البيانات إحصائيا والتي جمعت ميدانيا من خلال توزيع استمارات بلغ عددها 900 استمارة استرد منها 875 استمارة وتم إتلاف 35 استمارة بسبب عدم اكتمال البيانات المطلوبة للتحليل، وتم تحليل الاستمارات عن طريق الحاسوب من خلال برنامج (SPSS)، واستخدام بعض المعالجات الإحصائية مثل قيمة مربع كاي. وهي احد أنواع اختبارات الفروض التي يستخدمها الباحث للتأكد من صدق وصحة الفروض التي وضعها. وعند استخدام هذا النوع من الاختبارات فان الباحث يقبل الفرضية الصفرية (لا توجد علاقة بين المتغيرين y,xعند مستوى المعنوية) إذا كانت قيمة مربع كاي المحسوبة اقل من قيمة مربع كاي المجدولة, أما إذا كانت قيمة مربع كاي المحسوبة اكبر من قيمة مربع كاي المجدولة فان الباحث يرفض الفرضية الصفرية ويقبل الفرضية البديلة (توجد علاقة بين المتغيرين y,xعند مستوى المعنوية). وبما أن عينة الدراسة هي جزء من كل فان هناك إمكانية رفض الفرضية الصفرية رغم صحتها و قبول

---

[1] شرف، عبد العزيز طريح، 1995، **البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية**، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر، ص17.

الفرضية الصفرية رغم خطئها. وعند رفض الفرضية مع أنها صحيحة فانه يتم الوقوع في خطا يرمز لهذا الخطأ بالرمز a وتلفظ ألفا. أما عند قبول الفرضية مع أنها خاطئة فانه يتم الوقوع في خطأ يرمز له بالرمز B وتلفظ بيتا. ويسمى احتمال الخطأ a بمستوى المعنوية. ويمكن أن تكون مستوى المعنوية a أية قيمة في المدى (صفر−1), ولكن القيم التي تستخدم غالبا في الفرضيات الإحصائية هي a=0.01 أو a=0.05

1. 10 الدراسات السابقة

يعتبر بهيويو قراط (460−377 ق.م) أول من وضع دعائم الجغرافية الطبية عندما تحدث عن الظروف البيئية وأثرها على الإنسان وعلاقة هذه الظروف بنشأة المرض وتطوره[1].

ثم توالت الدراسات بعد ذلك في موضوعات الجغرافيا الطبية, فقد قام ليرمونث (Learmonth) عام 1952 بدراسة الاختلافات الإقليمية في نسبة المواليد ومعدل الوفيات في شبه القارة الهندية وباكستان وتأثير الأمراض عليها وتوزيعها الجغرافي, وكان يهدف من هذه الدراسة بيان الاختلاف في معدلات المواليد والوفيات في منطقة الدراسة. كما درس التوزيع الجغرافي لبعض الأمراض في شبه القارة الهندية وباكستان وأنماط هذا التوزيع, كذلك تأثير العوامل البيئية في ظهور وتطور الأمراض. وقد خلص الباحث في دراسته إلى نتائج منها بيان اثر الأمراض في زيادة معدلات الوفيات, كما أكد العلاقة بين العوامل البيئية وانتشار الأمراض[2].

كما قام الباحث بايل (Pyle) عام 1971 بدراسة في مجال جغرافية الرعاية الصحية بعنوان "دراسة عن أمراض القلب والسرطان والسكتة القلبية بمدينة شيكاغو: تحليل جغرافي مع تخطيط مستقبلي للخدمات الصحية حتى عام 1980". ففي هذه الدراسة قدم تحليلا جغرافياً لهذه الأمراض, ووضح التوزيع المكاني لمعدلات الحالات المرضية وحالات الوفاة لكل مرض, وتوقع نموها في المستقبل. وقد استخدم بايل في دراسته طريقة تحليل الانحدار المتعدد, حيث قام بحساب الارتباط بين حالات المرض وحالات الوفاة وبين متغيرات مثل عدد السكان, الكثافة

---

[1] محمد، خلف الله حسن والجوهري، يسرى، 1999، **الصحة والبيئة في التخطيط الطبي**. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، ص1.

[2] Learmonth, At. A., "Medical Geography in India and Pakistan", 1952.

السكانية, المستوى التعليمي وعدد أفراد الأسرة وذلك للكشف عن المتغيرات التي يمكن أن يكون لها علاقة مع الأمراض التي وردت في دراسته. وقد قدم بايل في ختام دراسته هـذه تخطيطـا مستقبليا للخدمات الصحية اللازمة وحدد أماكن وجودها في مدينة شيكاغو وذلك في ضوء توقعه لمعدلات الإصابة بالأمراض المقصودة في منطقة الدراسة[1].

هذا وقد قدم شانون وديفر (Shannon and Dever) دراسة عام 1974 تعتبر الرائـدة في جغرافية الرعاية الصحية, وكانت بعنوان "توزيع الرعاية الصحية من منظور مكاني ", وقد تناولا في هذه الدراسة أنماط الرعاية الصحية في بريطانيا والولايات المتحدة والاتحاد السوفيتي, واستخدما في تحليلاتهما نموذج الانتشار المكاني. كما بحثا علاقة العوامل الجغرافيـة وأهمهـا عامل المسافة على الرعاية الصحية, وقد خلصا في الدراسة إلى مجموعة من النتـائج منهـا : ارتباط أنماط الرعاية الصحية في الدول بتاريخ الدولة ونظام الحكم فيها ودور القطـاع العـام والقطاع الخاص في المجال الصحي. ومن النتائج التي خلصا إليها ايضا أن هناك اتجاها عاما نحو تدخل الدولة ومساهمتها في تقديم الخدمات الصحية للسكان إما مجانا أو نظير دفع أجـور منخفضة, كما توصلا أيضا إلى أن عامل المسافة من أكثر العوامل التي تـؤثر علـى إمكانيـة استخدام الرعاية الصحية, حيث تتناقص أعداد المستفيدين منها كلما بعدت المسافة عن مراكـز الرعاية الصحية[2].

ومن الجغرافيين العرب الذين تناولوا موضوع الجغرافيا الطبية الباحث محمد نور الدين السبعاوي, حيث ألف كتابا تحت عنوان "الجغرافيا الطبية: مناهج البحث وأساليب التطبيق", عام 1997 حيث تتبع في كتابة تطور الفكر الجغرافي الطبي، وتناول بالحديث عن مضمون وماهية الجغرافيا الطبية والمقاييس الإحصائية والتحليلية المستخدمة في دراسـاتها، كـم تحـدث عـن المؤثرات البيئية (الطبيعية والبشرية) المؤثرة في انتشار الأمراض، ودرس أنماط مـن بيئـات المرض مثل بيئة مرض النوم وبيئة مرض الكوليرا، كما تناول الحديث عن الرعاية الصـحية

[1] Pyle, G. F., "Heart Disease, Cancer & Stroke in Chicago". Geographical analysis with facilities Plans for 1980. 1971.

[2] Shannon, G. W. and Dever, G. A-Health Care Delivery: Spatial Perspectires, New York, 1974.

والتخطيط لتحقيق تنمية صحية، ثم اختتم كتابه بالحديث عن تكاليف المرض (تكاليف مادية، آثار اجتماعية والوفيات)[1].

كما قدم محمد مدحت جابر عدة أبحاث في مجال الجغرافيا الطبية، منها بحث في سنة 1988 بعنوان: "مرض السرطان في دول الخليج العربية: دراسة في الجغرافيا الطبية ". وقد هدف في دراسته إلى التعرف على النمط المكاني للسرطان في المنطقة ومدى اتفاقه أو اختلافه مع أقاليم أخرى في العالم, كما هدف إلى دراسة النمط الإحصائي لمرض السرطان في منطقة الخليج ومقارنته مع دراسات عالمية. ومن أهداف دراسته أيضا تحليل العوامل التي تعوق الاستفادة المثلى من الخدمات الصحية بصفة عامة والتي تعوق كشف وعلاج مرض السرطان في منطقة الدراسة بصفة خاصة. وقد توصل الباحث في دراسته إلى نتائج أهمها: أن مرض السرطان في منطقة الخليج هو نتاج البيئة بشقيها الطبيعي والبشري، وتوقع زيادة معدلات الإصابة بالمرض في المستقبل في ضوء المتغيرات الجارية في المنطقة اقتصادياً وحضارياً، ومن التوصيات التي قدمها الباحث ضرورة تبادل المعلومات وتوحيد الخطط الرامية للتحكم في السرطان في إطار مجلس التعاون الخليجي[2].

قدمت فاتن محمد البنا دراسة بعنوان "الأبعاد الجغرافية لمرض الإيدز في قارة إفريقيا" وذلك عام 1992، وقد هدفت الباحثة من هذه الدراسة إبراز وضع مرض الايدز في القارة الإفريقية ومدى خطورته عليها، وإبراز الأبعاد الجغرافية المختلفة للمرض في القارة ولاسيما الأبعاد العمرانية والاقتصادية والاجتماعية. كما هدفت الباحثة إلى إبراز التباينات الجغرافية في انتشار المرض سواء على مستوى القارة الإفريقية أو على مستوى العالم، وقد اتبعت الباحثة في دراستها منهجاً تحليلياً إقليميا يركز على البعد المكاني. ومن النتائج التي توصلت إليها الباحثة أن إفريقيا تقع على رأس أقاليم العالم من حيث عدد المصابين فعلاً بالإيدز مع تباين أقاليمها في شدة الإصابة وكذلك تتباين المناطق الداخلية في نسب الإصابة. كما توصلت إلى وجود علاقات بين كل من العوامل الاجتماعية والحضارية والاقتصادية وبين الإصابة بمرض الايدز. وقدمت

---

[1] السبعاوي، محمد نور الدين إبراهيم، 1997، **الجغرافيا الطبية: مناهج البحث وأساليب التطبيق**. الطبعة الأولى، نوفمبر 1996.

[2] جابر، محمد مدحت، 1988، **مرض السرطان في دول الخليج العربية: دراسة في الجغرافيا الطبية**. مجلة رسائل جغرافية، قسم الجغرافيا، جامعة الكويت، العدد 113.

الباحثة في نهاية دراستها جمله من التوصيات أهمها: ضرورة وضع إستراتيجية خاصة بمواجهة ومكافحة المرض في القارة في ضوء فهم الجوانب الجغرافية للقارة نفسها وذلك قبل الاستعانة بأجانب لوضع هذه الإستراتيجية كما أوصت بضرورة تضافر جهود الدول الغنية مع إفريقيا لأن تدعيم ومكافحة الايدز بها مكافحة له على مستوى العالم[1].

وقد قام الباحث صدقي المومني بدراسة تحت عنوان: "التخطيط الإقليمي وأثره في تحسين الأداء الكلي للمرافق والخدمات العامة: دراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة" وذلك في عام 1993، وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الاختلافات المكانية وأنماط التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في محافظة الطفيلة. وقد استخدم الباحث البرمجة الخطية لتقييم الوضع الحالي والوضع الأمثل لتوزيع تلك الخدمات. وتوصل إلى نتائج منها أن النمط التوزيعي الحالي للمراكز الصحية في محافظة الطفيلة يعاني من غياب معايير التخطيط الإقليمي عند اختيار مواقع تلك المراكز الصحية، مما أثر سلبياً على كفاية الأداء الكلي لهذه المرافق الخدمية. ومن التوصيات التي قدمها الباحث في نهاية دراسته : الاهتمام بمعايير التخطيط الإقليمي الشامل عند عملية اختيار مواقع المشاريع التنموية المختلفة في الأردن، وضرورة عمل دراسات ميدانية شاملة لمناطق الدولة المختلفة لسد النقص العام في المعلومات والبيانات، كما أشار إلى أن تحسناً ملموساً في كفاءة أداء المراكز الصحية يمكن أن يحدث إذا روعيت معايير التخطيط الإقليمي عند اختيار المرافق الخدمية[2].

ومن الدراسات الحديثة في الجغرافيا الطبية دراسة الباحثة رنا أمين محمد صبرة بعنوان: "الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس: دراسة في الجغرافيا الطبية وذلك عام 2003. وقد قامت الباحثة بدراسة التحليل المكاني للأمراض في محافظة نابلس واثر بعض العوامل الجغرافية في انتشار الأمراض مثل المناخ والتلوث، وهدفت الباحثة إلى الوقوف على أهم العوامل المؤثرة في انتشار بعض الأمراض في المحافظة، وعرض معلومات خاصة بالأمراض التي تم رصدها من الدراسة. كما هدفت الباحثة إلى دراسة الخدمات الصحية

---

[1] البنا، فاتن محمد، 1992، **الأبعاد الجغرافية لمرض الإيدز في قارة افريقيا**. مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، العدد 11.

[2] المومني، صدقي، 1993، **التخطيط الإقليمي وأثره في تحسين الأداء الكلي للمرافق والخدمات العامة: دراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الأردن.

المتوفرة في محافظة نابلس وتوصلت الباحثة إلى نتائج أهمها: وجود علاقات بين متغيرات مثل ملكية السكن ودخل الأسرة الشهري وبين الإصابة بالأمراض، كما توصلت إلى أن ارتفاع نسبة التلوث في محافظة نابلس أدى إلى زيادة نسب الإصابة بالأمراض المزمنة وغير المزمنة. ومن التوصيات التي قدمتها الباحثة في ختام دراستها تخصيص مناطق خاصة للمناطق الصناعية بعيدة عن التجمعات السكنية، ونشر الوعي الصحي للمواطنين من خلال الإعلام المرئي والمقروء والمسموع، وضرورة زيادة الاهتمام بالخدمات الصحية في مناطق الريف من خلال زيادة أعداد المراكز الصحية[1].

1. 11 مصادر الدراسة

هناك مصادر ووسائل عديدة لجمع البيانات والحصول عليها، وقد تمت الاستعانة بالوسائل الآتية في جمع معلومات الدراسة:

1. المسح المكتبي

أ. المنشورات الصادرة عن الجهات المختصة مثل منشورات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، منشورات وزارة الصحة، ومنشورات دائرة الأرصاد الجوية.

ب. المراجع المكتبية ذات الصلة بموضوع الدراسة مثل مكتبة جامعة النجاح الوطنية، مكتبة بلدية البيرة، مكتبة بلدية رام الله، مكتبة جامعة بيرزيت، مكتبة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وشبكة المعلومات العلمية (الانترنت).

2. المسح الميداني

تعتبر الدراسة الميدانية من الركائز الأساسية للبحث العلمي؛ وذلك لاستكمال جوانب النقص في البيانات التي تتطلبها الدراسة. ولجمع البيانات اللازمة قامت الباحثة بتصميم استبانة أعدت خصيصا للدراسة, روعي في بنائها بعض الأسس التي تكفل صلاحيتها, من حيث قصر وقت التطبيق, ووضوح الأسئلة, وتناسب اللغة المصاغة بها للمستويات المختلفة لعينة الدراسة.

---

[1] صبرة، رنا أمين، 2003، **الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس: دراسة في الجغرافية الطبية**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

وللتأكد من صدق أداة الدراسة تم عرضها على مختصين وطلب منهم إبداء الرأي حول وضوح الأسئلة, وبناء على ما أبدوه من ملاحظات أعيدت صياغة بعض الأسئلة في شكلها النهائي, وقد غطت الأسئلة المحاور الآتية:

- بعض خصائص المسكن.
- بعض المتغيرات الخاصة بالوالدين مثل العمر, المهنة, المستوى التعليمي, وصلة القرابة بينهما.
- الأمراض التي يعاني منها السكان.
- بعض خصائص مياه الشرب, مثل نوع المياه المستخدمة وفحص خزانات المياه.
- معلومات عامة عن المستشفيات, مثل تكاليف العلاج فيها, والمدة الزمنية اللازمة للوصول لأقرب مستشفى.
- النفايات وبعض المتغيرات المتعلقة بها, مثل طريقة التخلص من النفايات, والفترة الزمنية للتخلص من النفايات.

وقد تم توزيع الاستبيانات على بعض مناطق محافظة رام الله والبيرة, وقد بلغ عدد هذه الاستبيانات 900 استبانة تم توزيعها بصورة عشوائية غير منتظمة في الفترة الزمنية الممتدة من شهر حزيران حتى شهر آب للعام 2008, أما فيما يتعلق بالمعالجة الإحصائية, ونظرا لكبر عدد الاستمارات نسبيا, وحرصا على دقة النتائج, فقد روعي أن تعالج الاستجابات عن طريق الحاسب الآلي باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) , وخاصة مربع كاي, للتأكد من وجود العلاقات المفترضة بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة.

3. الخرائط

تعتبر الخريطة أداة ضرورية لعلم الجغرافيا بصفة خاصة، ذلك لأنها تقدم الصورة المرئية التي تساعد في تفسير العلاقة المتبادلة بين الإنسان والبيئة. فمن الطبيعي حين يفحص الجغرافي المركب البيئي أن يتعرف على تفاصيل هذا المركب، من حيث ظاهراته الطبيعية

كالجبال والسهول والأنهار والغابات والأمطار، وكذلك ظاهراته البشرية كالطرق والسكك الحديدية والسكن والآبار والمزارع والمصانع[1]، وتم في هذه الدراسة استخدام الخرائط الخاصة بمنطقة الدراسة مثل خارطة الموقع العام، خارطة كنتورية، وخرائط توزيعات وقد تم الحصول على هذه الخرائط من المركز الجغرافي الفلسطيني في وزارة التخطيط في محافظة رام الله والبيرة.

4. المقابلات الشخصية

تم إجراء بعض المقابلات الشخصية مع ذوي الاختصاص والعلاقة في مجالات مختلفة للحصول على معلومات مهمة للدراسة مثل:

1. مدير قسم الدراسات والمناخ في دائرة الأرصاد الجوية في رام الله.

2. الدكتور خالد الحلو, مسؤول عيادة الأمعري.

3. بعض الموظفين في مؤسسات طبية مثل الإغاثة الطبية، جمعية الهلال الأحمر.

4. رئيس بلدية دير دبوان, ورؤساء المجالس القروية لقرى عارورة, دورا القرع, عابود وبلعين.

5. مدير مكتبة بلدية البيرة.

6.المدير الطبي في المركز الوطني لأمراض الدم (ابوقراط).

12.1 المصطلحات

– الفرضيات:اجابات محتملة ليست مؤكدة ولا مرفوضة يضعها الباحث تحت الاختبار للتاكد من صحتها.

---

[1] سطيحة، محمد محمد، 1974، **الجغرافيا العملية وقراءة الخرائط**. دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ص17.

- مربع كاي: احد انواع اختبارات الفروض التي يستخدمها الباحث للتاكد من صـــدق وصـــحة الفروض التي وضعها.

- درجة الحرارة:درجة برودة او سخونة الجسم او البيئة المحيطة به.

- الرطوبة النسبية:نسبة كمية بخار الماء الموجود في الهواء الى كمية البخار اللازم للاشباع.

- الرياح: الحركة العمودية للهواء ما بين مكانين مختلفين في الضغط الجوي.

- الامطار: مياه تنتج عن تكثف بخار الماء في الغـــلاف الجـــوي وتســـقط علـــى اليابســـة او المسطحات المائية.

- الضغط الجوي: وزن عمود الهواء الواقع على وحدة المساحة.

- المياه الجوفية: مياه عذبة او قليلة الملوحة متواجدة تحت سطح الارض في مستودعات المياه الجوفية تزود الآباروالينابيع بالمياه.

- المياه المستهلكة: المياه المسحوبة من المياه الجوفية او المحولة من مصدر للميـــاه الســـطحية لغرض استخدامها في مجالات مختلفة.

- المياه المزودة: كمية المياه التي يتم توزيعها من مصادرها المختلفة بعد جمعها ومعالجتها.

- الاسرة: مجموعة افلااد تربطهم صلة قرابة ويقيمون في مسكن واحد ويشتركون في المأكـــل والمشرب.

- المرض المهني: المرض الذي ينتج عن القيام بعمل ما او يكون الكرض كامنا فـــي الجســـم فيساعد مثل هذا العمل على اثارته.

- البطالة: تعبير عن قصور في تحقيق الغايات من العمل في المجتمعات البشرية.

- الفقر: غياب الحد الادنى من الدخل او الموارد لتلبية الحاجات الاساسية.

- التلوث البيئي: ادخال اية مادة في البيئة تخل بالتوازن البيئي وتلحق الضرر بسلامة الانسان او الحيوان او النبات.

- تلوث الهواء: الحالة التي يكون فيها الهواء محتويا على مواد مختلفة عن تركيبته الاساسية بتركيزات تعتبر ضارة بصحة الانسان او بمكونات بيئته.

- تلوث الماء: وجود تغيير في خصائص الماء او تغيير حالته بطريقة مباشرة او غير مباشرة بحيث تصبح المياه اقل صلاحية للاستعمال.

- التلوث الضوضائي: جملة الاصوات نوعا وكما الخارجة عن المالوف والتي لها اثرا فسيولوجيا يضايق السمع ويثير الاعصاب ويؤدي الى امراض فسيولوجية.

- النفايات: شيىء متحرك ليست له فائدة مباشرة حاليا ويجب نبذه مؤقتا.

- الحمى الروماتيزمية: مرض التهاب عكسي ناتج عن وجود خلل ما في جهاز مناعة الجسم.

- ضغط الدم: قوة اندفاع الدم عبر الاوعية الدموية مسببا تمددها.

- السكري: حالة مرضية مزمنة ناتجة عن نقص في كمية الانسولين التي تفرزها غدة البنكرياس مما يسبب ارتفاع نسبة السكر في الدم والبول.

- الثلاسيميا: مرض وراثي يؤثر في صنع الدم ويرتبط بعدم قدرة مادة الهيموجلوبين في كريات الدم الحمراء على القيام بوظيفتها.

- الانيميا: كلمة يونانية تعني فقر الدم.

- الروماتيزم: اوجاع العضلات والعظام والمفاصل.

- غدة البروستات: الغدة الموجودة بين المثانة ومجرى البول.

- الانفلونزا: من امراض الجهاز التنفسي الذي تسببه جرثومة من نوع الفيروس.

- الربو: التهاب القصبات الهوائية المزمن الذي يؤدي الى ضيق المجاري التنفسية ونوبات اختناق.

- القرحة الهضمية: جرح في جدار المعدة او الامعاء ينتج عن تآكل الغشاء المبطن للمعدة بفعل حمض الكلوريدريك المفرز من المعدة.

- قضمة الصقيع: مرض ناتج عن تجمد الانسجة في الجسم بعد التعرض لدرجات حرارة منخفضة تحت الصفر.

- الاكزيما: اضطراب جلدي يتميز بالحكة والتهاب الجلد.

- الصدفية: التهاب جلدي يسبب بقع حمراء مغطاة بقشور بيضاء لامعة.

- الفصام: احد الاضطرابات العصبية التي تميزها انقسام النفس نتيجة مؤثرات نفسية وامراض عقلية تؤدي الى ابتعاده الشديد عن حقيقة ما يتصل به من معطيات اجتماعية.

- الصرع: احد الاضطرابات العصبية التي تميزها حدوث نوبات فجائية من فقدان الوعي الذي يقترن غالبا بالتشنج.

- الشقيقة (الصداع النصفي): صداع شديد ياخذ شكل نوبات قد تمكث النوبة في الغالب ساعات او اياما يصاحبها اضطراب بصري وغثيان ودوار.

- السرطان: ورم خبيث ناتج عن تحول او تغيير في الخلية الطبيعية والتي تنمو نموا شاذا عن المالوف وتتكاثر الى الابد ان لم تستاصل او تباد.

- الرمد الربيعي: حساسية تتكرر موسميا وتصيب اغشية العين الخارجية.

- الجلوكوما (المياه الزرقاء): مرض يسببه ارتفاع ضغط العين ويكثر حدوثه في ابرد شهور السنة واشدها حرارة.

- السيلان: خروج سائل من الاذن نتيجة اصابتها بالتهاب حاد في الداخل يؤدي الى انثقاب طبلة الاذن.

- حمى القش: حساسية تسبب جريان الانف والشعور بالحكة في العين نتيجة حساسية الفرد من شيىء معين,وتزداد الحساسية في فصل الربيع او مع تغير الطقس.

- الرعاية الصحية الاولية: الفحص الاولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة بما فيها التشخيص والعلاج الاولي والاشراف الصحي وادارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة.

- المستشفى: مؤسسة طبية تقدم كافة الخدمات العلاجية والاسعافية في جميع التخصصات.

- الدواء: مادة يقصد من استخدامها تشخيص او شفاء او معالجة او تلطيف او منع اي مرض في الانسان او الحيوان.

- الصيدلة: علم وفن تحضير,تجهيز,خزن وصرف الدواء للمريض ومتابعة آثاره الجانبية بعد استعماله ان وجدت.

- الفحوصات المخبرية: فحوصات كيميائية وبيولوجية تجري على عينات مسحوبة من الافراد للكشف عن حالة مرضية معينة او الكشف عن الوضع الصحي.

- التصوير بالاشعة: من الفحوص الاستقصائية التي يلجا اليها الاطباء لتاكيد تشخيص العديد من الامراض.

- الصحة النفسية: قدرة الفرد على اقامة علاقات منسجمة مع الآخرين وان يشارك بايجابية في التغيرات التي تحدث في بنيته الاجتماعية والمادية.

- رعاية الامومة: الرعاية الصحية المتكاملة التي تقدم للام اثناء الحمل والولادة والنفاس والرضاعة.

- رعاية الطفولة: الرعاية الصحية المتكاملة التي تقدم للطفل منذ ولادته الى ما قبل الخمس سنوات من العمر.

- التامين الصحي: تعويض عن خسارة مادية ترتبط بتغطية التكاليف المتعلقة بمشكلة صحية ما او علاجها.

- تحويلات العلاج للخارج: تحويل بعض الحالات المرضية للعلاج في خارج مؤسسات وزارة الصحة اما داخل فلسطين او خارجها,وهي تلك الحـــالات التـــي يستعصـــي علـــى الاطبـــاء الفلسطينيين علاجها او تلك التي يتطلب علاجها فحوصات واجهزة خاصـــة لا تتـــوافر فـــي المؤسسات الصحية الفلسطينية.

الفصل الأول

الشخصية الجغرافية لمحافظة رام الله والبيرة

1. 1 المقدمة

تعتبر رام الله والبيرة من المدن التوأمية, كانتا في الأصل قريتين متجاورتين, ثم تطورتا واندمجتا معاً فأصبحتا مدينة واحدة مشتركة. فعندما نتحدث عن رام الله بشكل عام فإننا نعني بها رام الله والبيرة معا باستثناء بعض الخصوصيات التاريخية. تقع رام الله علـــى أكتـــاف الـــتلال الممتدة شمال مدينة القدس, وهي تشكل حلقة في سلسلة المدن والقرى الفلسطينية التي ترصع قمم المرتفعات الجبلية بفلسطين[1].

1. 2 الخصائص الطبيعية لمحافظة رام الله والبيرة

تعتبر محافظة رام الله والبيرة من المحافظات الفلسطينية التي تتمتع بخصائص طبيعيـــة ميزتها عن بقية محافظات فلسطين. واهم هذه الخصائص :

1. 2. 1 الموقع الجغرافي

تتمتع محافظة رام الله والبيرة بموقع استراتيجي متوسط, فهي تقع فـــي وســـط الضـــفة الغربية. وتحدها كلاً من محافظة سلفيت ومحافظة نابلس شمالاً, ومدينة القدس جنوباً ومحافظـــة أريحا شرقا, أما من جهة الغرب فيحدها أجزاء من ألوية اللد والرملة التي احتلتها إسرائيل عـــام 1948[2].

تبعد محافظة رام الله والبيرة حوالي 164 كيلومتراً عن أقصى نقطة في شمال فلســـطين (المطلة) بخط مستقيم, ونحو 259 كيلومتراً عن آخر موقع في جنوبي الـــبلاد (أم المرشـــرش) على خليج العقبة (بخط مستقيم). كما أنها تبعد عن مدينة يافا على شواطئ البحر المتوسط بنحو 67 كيلومتراً, وعن شواطئ البحر الميت بنحو 52 كيلومتراً. وضمن نطاق السلســـلة الجبليـــة الوسطى فإن رام الله والبيرة تقع على بعد 13 كيلومتراً إلى الشمال الغربي من مدينـــة القـــدس

[1] الأغا نبيل خالد, مرجع سابق، صفحة 69

[2] معهد الأبحاث التطبيقية (أريج), 2005 **أثر النشاطات العمرانية المختلفة على استخدام الأرض والمجتمعات الفلسطينية في الضفة الغربية**. القدس، فلسطين، ص46.

عاصمة فلسطين ولا يفصل البناء فيهما سوى الجدار الذي اقامته قوات الاحتلال قبل ثلاث سنوات, وعلى بعد 50 كيلومتراً إلى الجنوب من نابلس. تقع رام الله والبيرة على ارتفاع يقرب من 872 متراً عن سطح البحر. تبلغ مساحة محافظة رام الله والبيرة حوالي (855 كم مربع)[1].

تشتمل المحافظة على مدن رام الله والبيرة ودير دبوان وبتونيا وبير زيت وبني زيد و 56قرية تم اختيار بعضها لتكون محور ومجال الدراسة إلى جانب مدن رام الله والبيرة ودير دبوان بناءً على متغيرات مثل اختلاف الموقع الجغرافي لهذه القرى بالنسبة لمدينتي رام الله والبيرة, اختلاف متوسطات عدد سكانها واختلاف المستويات الاقتصادية وغير ذلك. وفي هذا السياق لا بد من الحديث عن هذه المناطق بشيء من التفصيل:

أولا: مدينة رام الله

تعتبر مدينة رام الله التجمع الحضري الرئيسي في محافظة رام الله والبيرة الواقعة في وسط الضفة الغربية. تقع مدينة رام الله غرب مدينة البيرة على خط إحداثي محلي شمالي 145.80 متر، وخط إحداثي محلي شرقي 168.68 متر، وتحيط بها أراضي أبو قش وسردا والبيرة ورافات وبيتونيا والمزرعة القبلية[2]، هذا وترتفع مدينة رام الله حوالي 867 متر عن سطح البحر الأبيض المتوسط[3]. بلغ عدد سكانها حوالي 24460 نسمة وذلك عام 2006[4].

تتبع مدينة رام الله لمناخ حوض البحر المتوسط. ففي الشتاء تتعرض المدينة للرياح الجنوبية الغربية الماطرة وأحيانا إلى رياح شمالية شرقية جافة باردة نسبيا. وفي أوائل نيسان تأخذ الرياح الخماسينية بالهبوب وهذه رياح جافة تحمل معها كثيرا من الغبار وهي تأتي من الجنوب وينقطع هبوب الرياح الخماسينية كلما اقترب فصل الصيف. وتهب أيضا على المدينة رياح دافئة في أواخر الصيف وأوائل الخريف. يسقط على المدينة كمية من الأمطار في فصل الشتاء يقدر معدلها السنوي بحوالي600 مليمتر في السنة. أما درجات الحرارة في الشتاء

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **كتاب فلسطين الإحصائي السنوي رقم (8)**. نوفمبر 2007، ص241.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيرة:** المجلد السادس. رام الله، فلسطين، ص159.

[3] الآغا، نبيل خالد، مرجع سابق، ص69.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، دائرة النشر والتوثيق، **قسم خدمات الجمهور**، مرجع سابق.

فنادرا ما تهبط إلى الصفر المئوي وفي الصيف قلما تزيد عن 35 درجة مئوية. لذلك يمكن القول أن معدل درجة الحرارة السنوي يتراوح بين 5-25 م[1]. تمتاز مدينة رام الله بتقدمها على كثير من المدن الفلسطينية فهي من المدن التي نهضت مبكرا في كثير من القطاعات مثل قطاع التعليم والصحة والخدمات والبناء.

تعتبر مدينة رام الله واحدة من المدن الفلسطينية التي أقيمت المستعمرات الإسرائيلية على جزء كبير من أراضيها. حيث أقيمت مستعمرة جفعات هيروشيد عام 1983 على أراضى مدينة رام الله, وفي عام 1984 تم إقامة مستعمرة أخرى على جزء من الأراضي الشرقية لمدينة رام الله وهي مستعمرة كوخاف يعقوب.

يتم جمع النفايات يومياً في مدينة رام الله بواسطة سيارات خاصة حيث يتم التخلص من النفايات عن طريق دفنها. كما يوجد في المدينة مرافق عامة مثل المدارس والمكتبات والمنتزهات والمساجد ومستشفيات وحوالي 134 عيادة طبية[2].

ثانياً: مدينة البيرة

تعتبر مدينة البيرة من مدن محافظة رام الله, وهي متصلة البناء مع مدينة رام الله، حتى أصبحتا وكأنهما مدينة واحدة تقع في وسط السلسلة الجبلية الوسطى في فلسطين.

تقع مدينة البيرة شرق مدينة رام الله على خط إحداثي محلي شمالي 146.13 متر وخط إحداثي محلي شرقي 170.40 متر. ترتفع عن سطح البحر قرابة 867 متر، وتبلغ مساحتها الكلية حوالي 22045 دونم ومساحة المنطقة المبنية تبلغ 8500 دونم. تحيط بها أراضي سردا ودورا القرع وبيتين وبرقة وكفر عقب وعين يبرود ومدينة رام الله[3]. بلغ عدد سكان مدينة البيرة حوالي 39,538 نسمة وذلك حسب إحصائيات عام 2006[4].

---

[1] .http//www.ramalla.ps/atemplate.aspx?id=258، تاريخ سحب الملف 2008\9\28

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيرة**. مرجع سابق، ص159-160.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيرة**. مرجع سابق، ص151.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، دائرة النشر والتوثيق، **قسم خدمات الجمهور**، مرجع سابق.

لا تختلف مدينة البيرة في مناخها عن مدينة رام الله بسبب قربهما الجغرافي وامتدادهما العمراني المتصل الذي جعل المدينتين وكأنهما مدينة واحدة مشتركة.

تتعدد الموارد الاقتصادية في مدينة البيرة, منها الزراعي والصناعي والتجاري, مما سمح بتعدد الأنشطة الاقتصادية فيها, ولهذه الأنشطة نفاياتها التي كان يتم التخلص منها في مكب نفايات البيرة حتى عام 2001. وفي بداية شهر آذار من نفس العام قامت القوات الإسرائيلية بإغلاق المكب بحجة أنه غير صحي، وهذا الوضع أربك وأعاق خدمة جمع النفايات في بلدية البيرة وفي التجمعات السكانية التي تستخدم هذا المكب، وتجمعت النفايات في الشوارع وفاضت من حاويات النفايات الممتلئة، إذ لم يكن لدى المواطنين خيار سوى حرق النفايات المتراكمة[1].

ولم تتوقف الممارسات الإسرائيلية عند هذا الحد في المدينة، بل هناك المستعمرات التي أقيمت على أراضي مدينة البيرة وهي:

- مستعمرة (بسجوت) والتي تبلغ مساحتها العمرانية 308 دونمات، وقد تم تأسيسها عام 1981.
- مستعمرة (بيت إيل) والتي تبلغ مساحتها العمرانية 1908 دونمات، وقد تم تأسيسها عام 1977[2].

ويوجد في مدينة البيرة مرافق عامة أهمها المدارس ومكتبة عامة تابعة لبلدية البيرة وملاعب وأندية رياضية، كما يوجد في المدينة أربع مستشفيات و45 عيادة طبية[3].

ثالثاً: مدينة دير دبوان

تقع إلى الشرق من مدينة رام الله على خط إحداثي محلي شمالي 146.42 متر، وخط إحداثي محلي شرقي 175.65 متر[4]، وتبعد عن مدينة رام الله 7 كم، وترتفع حوالي 770 متر

---

[1] الخطيب، عصام وأبو صفية، رلى، 2003، **إدارة النفايات الصلبة في الطوارئ: دراسة حالة من بلديتي البيرة ورام الله**. معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بيرزيت، فلسطين. ص20.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيرة**: مرجع سابق، ص151-153.

[3] المرجع السابق، ص151-153.

[4] المرجع السابق، ص148.

عن سطح البحر، وتبلغ مساحة أراضيها 73332 دونم، أما المساحة العمرانية لها فتبلغ 1700دونم. ويحيط بها أراضي قرى رمون وعين يبرود وبرقة ومخماس والديوك[1].

بلغ عدد سكان مدينة دير دبوان حسب إحصائيات عام 2007حوالي 7157 نسمة[2]. تقع المدينة على رقعة جبلية هي جزء من مرتفعات رام الله وتنحدر أراضيها من الغرب إلى الشرق. لا يختلف مناخ مدينة دير دبوان كثيرا عن مناخ مدينتي رام الله والبيرة. فارتفاعها عن سطح البحر ووجودها على منطقة جبلية جعلها تتلقى كمية من الأمطار قد تصل إلى 600 ملم في السنة. أما درجات الحرارة فان معدلها الشهري قد يصل إلى 18 درجة مئوية. وتضاريسيا تعتبر معظم أراضي مدينة دير دبوان أراضي جبلية تنحدر من الغرب إلى الشرق وتهب عليها رياح غربية يصل معدل سرعتها الشهري إلى 17 كلم /ساعة.

تتبع مدينة دير دبوان قضاء رام الله, وفيها مجلس بلدي يدير شؤون المدينة ويشرف على تقديم الخدمات فيها. تعتبر مدينة دير دبوان من المناطق الغنية في رام الله, ويعود ذلك إلى مساهمة المغتربون من أهالي البلدة في تطويرها وزيادة مشاريعها العمرانية ومعظم المغتربين في أمريكا.

لم تسلم مدينة دير دبوان من التوسع الاستيطاني, فقد أقيمت على جزء من أراضيها مستعمرة معلي مخماس.

يتم التخلص من النفايات في القرية بعد جمعها في موقع تملكه الحكومة (أرض أميرية) من خلال حرقها[3]. ويوجد في القرية مستوصف دير دبوان الذي تشرف عليه الجمعية العلمية الطبية وهو مركز للرعاية الصحية الأولية من المستوى الرابع ويقدم خدمات متعددة. يشتمل مستوصف دير دبوان على عيادة يتواجد فيها الطبيب يوميا وقسما للأشعة ومختبر وعيادة أسنان وصيدلية[4].

---

[1] الدجاني، أمين حافظ، 1993، **المدينتان التوأم رام الله والبيرة وقضاؤهما: دراسة شاملة لمدن وقرى اللواء**. د. ن، ص320.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، دائرة النشر والتوثيق، **قسم خدمات الجمهور**، مرجع سابق.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيرة**: مرجع سابق، ص148-149.

[4] مقابلة شخصية مع مدير بلدية دير دبوان السيد وجيه عبد الكريم احمد علي, تموز 2008.

رابعاً: قرية عارورة

تقع قرية عارورة على قمة جبل إلى الشمال الغربي من مدينة رام الله على خط إحداثي محلي شمالي 160.94 متر، وخط إحداثي محلي شرقي 166.63متر[1]. وتبعد عن مدينة رام الله حوالي 22 كم[2]. تتبع القرية إداريا لبلدية بني زيد.

ترتفع قرية عارورة عن سطح البحر 500 متر، وتحيط بها أراضي قرى خربة قـيس، عبوين، عجول، مزارع النوباني، دير السودان وأم صفا. تبلغ مساحة القريـة 10978دونـم[3].

بلغ عدد سكان القرية وكلهم يدينون بالإسلام حسب إحصـائيات عـام 2007 حـوالي 3.359 نسمة[4].

لا تختلف قرية عارورة كثيرا عن القرى المجاورة في مناخها, فالمعدل الشهري العـام للحرارة في القرية يقدر ب20 درجة مئوية أما الأمطار فتهطل على القرية كمية اقل مقارنة مع مدينة رام الله بسبب فارق الارتفاع بينهما عن سطح البحر. تقدر كمية الأمطار الساقطة علـى القرية 500 ملم في السنة. تسيطر على قرية عارورة الرياح الغربية حيث تهب من جهة الغرب التي تعتبر الجهة المكشوفة في القرية والتي هي عبارة عن منطقة سهلية. يقدر المعـدل العـام الشهري لسرعة الرياح في القرية ب 16 كلم/ساعة. أما الرطوبة فان معدلها الشهري يقـدر ب 58% وذلك في العام 2007.

تتخلص قرية عارورة من نفاياتها في مكب نفايات يقع إلى الشمال الشرقي من القرية ويبعد حوالي 3كم عن اقرب منطقة سكنية. كما انه يبعد أيضا عن المناطق السكنية في القـرى المجاورة والتي تشترك في هذا المكب ومنها قرى عبوين ومزارع النوباني وقراوة بني زيـد. وقد بلغت تكلفة هذا المكب 15 مليون دولار. تستخدم سيارة خاصة لجمع النفايات، تعود بملكيتها للبلدية ويتم التخلص منها عن طريق حرقها. يتوفر في القرية مرافق مثل مسجد ونادي رياضي

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيـرة**: مرجـع سـابق، ص27.

[2] دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997، **مسح التجمعات السكانية لمحافظة رام الله والبيرة**. مرجع سابق، ص39.

[3] المرجع السابق، ص39.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، دائرة النشر والتوثيق، **قسم خدمات الجمهور**، مرجع سابق.

وجمعية خيرية وعيادة طبية واحدة تابعة للقطاع الصحي الحكومي وعيادة عارورة الخيرية التي تشرف عليها جمعية عارورة الخيرية وهو مركز متخصص لعلاج أمراض الفم والأسنان. كما يوجد في قرية عارورة عيادتان خاصتان (عيادة طب عام, عيادة أذن وانف وحنجرة) يملكها طبيبين من القرية نفسها.

وتعاني القرية من عدة مشكلات أهمها المشكلات الصحية والبيئية من جراء طريقة التخلص من المياه العادمة، حيث يشكل الموقع مصدراً للروائح الكريهة والأوبئة وتجمعاً للحشرات، ويؤدي إلى تلوث المياه الجوفية[1].

خامساً: قرية عابود

تعد القرية من المواقع التاريخية التي تعود إلى عهد الرومان والتي تقع غرب مدينة رام الله. تقع قرية عابود على خط إحداثي محلي شمالي 158.16 متر، وخط إحداثي محلي شرقي 156.54 متر. ترتفع عن سطح البحر 450 متر. وتبعد عن مدينة رام الله والتي يربطها بها طريق رئيسي حوالي 30 كم[2]. تبلغ مساحة القرية 15007 دونماً وتحيط بها أراضي قرى بني زيد، دير أبو مشعل، دير نظام واللبن الغربي[3]. بلغ عدد سكان القرية والتي تتبع اداريا لبلدية رام الله حوالي 2783 نسمة حسب إحصائيات عام 2007[4]. أما تركيب السكان الديني فيمكن اعتبار قرية عابود ذات موزاييك ديني يتكون من الديانات الإسلامية والمسيحية. والمسيحية تتنوع بين روم ولاتين وارثوذوكس. يتوافر في القرية العديد من الكنائس التي بنيت في مواقع من القرية يعتقد أن السيد المسيح قد سكن أو نزل فيها أو حتى مر منها واهم هذه الكنائس كنيسة المسيّا أو الميسي، كنيسة الشعيرة, كنيسة القديس ثيودوروس وكنيسة العابودية (العذراء).

تعتبر قرية عابود التي تأخذ شكلا طوليا قرية شبه ساحلية, فالارتفاع يقل كلما اتجهنا نحو الغرب حتى يصل إلى حوالي 350 متر فوق سطح البحر في القرية المجاورة لعابود من

---

[1] مقابلة مع رئيس بلدية بني زيد السيد عبد الرحمن النوباني, تموز 2008.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيرة**. مرجع سابق، ص49.

[3] دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997، **مسح التجمعات السكانية لمحافظة رام الله والبيرة**. مرجع سابق، ص35.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، دائرة النشر والتوثيق، **قسم خدمات الجمهور**، مرجع سابق.

جهة الغرب وهي قرية رنتيس. أما بقية جهات قرية عابود فتعد أكثر ارتفاعا مقارنة مع الجهة الجنوبية والغربية من القرية. فالجهة الشرقية مثلا عبارة عن هضبة تعرف بهضبة تبنة سارح. لذلك يمكن اعتبار قرية عابود من القرى التي تشغل الجبال فيها مساحة تقدر بثلث المساحة الكلية للقرية[1]. وارتباطا بالارتفاع عن سطح البحر يسيطر على قرية عابود رياح غربية وجنوبية حيث يقل الارتفاع في هاتين الجهتين وتقدر سرعتها ب16 كلم/ساعة. أما درجات الحرارة وهي أيضا مرتبطة بارتفاع المنطقة عن سطح البحر فهناك فارق حراري مقداره 4 درجات مئوية بين قرية عابود ومدينة رام الله ذات الارتفاع الذي يقدر ب860 متر فوق سطح البحر. وبشريا تعتبر قرية عابود واحدة من القرى الكثيرة التي سلب الاحتلال جزءا من أراضيها وأقام عليها المستوطنات. فإلى جانب وجود مستعمرة عسكرية تم بناؤها في عام 2000 هناك مستعمرتان مدنيتان هما:

- مستعمرة (بيت أرييه) التي تبلغ مساحتها العمرانية 780 دونماً وقد تم تأسيسها عام 1982.
- مستعمرة (عوفاريم) التي تبلغ مساحتها العمرانية 633 دونماً وقد تم تأسيسها عام 1988.

وهذه المستعمرات إلى جانب سيطرتها على أراض من القرية فإنها أيضا تتخلص من مياهها العادمة في مواقع قرب قرية عابود. وهذه تشكل مشكلة بيئية تعاني منها القرية إلى جانب مشكلات عديدة أهمها: التأثيرات الصحية والبيئية الناجمة عن التخلص من النفايات والمياه العادمة بطريقة غير صحية.

يوجد موقع للتخلص من النفايات في قرية عابود يبعد عن أقرب منطقة سكنية للمكب حوالي 1 كم. تستخدم سيارة مشتركة لجمع النفايات من أربعة قرى هي رنتيس, اللبن الغربي, دير أبو مشعل وعابود. كانت النفايات في السابق تجمع من قرية عابود 3مرات في الأسبوع لكن بسبب غلاء الوقود أصبحت النفايات تجمع من القرية مرتين في الأسبوع. تقوم سيارة النفايات بجمعها من حاويات منتشرة في القرية تعود في ملكيتها للمجلس القروي ثم يتم نقل النفايات إلى المكب حيث يتم التخلص منها بالطريقة التقليدية وهي الحرق المكشوف. يتوفر في القرية مرافق مثل المدارس التي يبلغ عددها 4 مدارس كما يتوفر في القرية ملعب ونادي رياضي ومسجد

[1] مقابلة مع رئيس مجلس الخدمات المشترك ورئيس مجلس قروي عابود السيد إلياس صالح عازر, آب 2008

ويوجد عيادة تابعة للقطاع الحكومي ومختبر وعيادة طب الأسنان تابعين للقطاع الخاص[1]. كما يوجد في قرية عابود مركز كاريتاس الطبي والذي تم بناؤه من قبل مؤسسة كاريتاس العالمية لتقديم الخدمات الطبية لأهالي القرية والقرى المجاورة على مدار 24 ساعة. حيث يشترك في الإشراف عليها كل من الإغاثة الطبية، الكاريتاس ووزارة الصحة، وهو مركز للرعاية الصحية الأولية من المستوى الثالث مكون من أربعة طوابق. يتواجد في هذا المركز طبيب مقيم ويحتوي المركز على أقسام الطوارئ والعلاج إضافة لقسم الأشعة(لم يشغل بعد لنقص في الأجهزة), قسم الولادة ومختبر التحاليل والصيدلية[2].

سادساً: قرية دورا القرع

تقع قرية دورا القرع إلى الشمال من رام الله بانحراف قليل نحو الشرق. تقع على خط إحداثي محلي شمالي 151.70 متر، وخط إحداثي محلي شرقي 171.54 متر، وترتفع عن سطح البحر 730 متر[3] وهي تتبع إداريا لبلدية بير زيت.

تبعد قرية دورا القرع عن مدينة رام الله 8 كم، وعن مدينة البيرة 6كم. يحد هذه القرية من الجنوب مدينة البيرة ومن الشمال قرية عين سينيا ومن الغرب قرية جفنا ومن الشرق قرية عين يبرود[4]. تتباين القرية في ارتفاع أراضيها من منطقة إلى أخرى. فبينما ترتفع الأراضي في القرية في الجهات الشمالية والغربية والجنوبية فانه يقل الارتفاع كلما اتجهنا إلى الشرق, فالأجزاء الغربية من القرية تعتبر جزءا من المنحدرات الشرقية لمنطقة رام الله والتي تتميز بانحدارها الحاد مقارنة مع المنحدرات الغربية. يقدر المعدل الشهري لدرجة الحرارة في قرية دورالقرع حوالي 18 درجة مئوية. أما الرياح التي تسيطر على القرية فهي رياح شرقية يقدر

---

[1] مقابلة مع السيد إلياس صالح عازر, مرجع سابق.

[2] المركز الفلسطيني للإعلام, مدينة رام الله وقراها http//www.palestine-info.com/Arabic/land history/geo/ramallah.htm تاريخ سحب الملف 28\9\2008

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيرة:** مرجع سابق، ص108.

[4] الدباغ, مصطفى مراد, 1974، **بلادنا فلسطين**. ط 1، دار الطبيعة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، ص316.

معدل سرعتها حوالي 17 كلم/ساعة. تهطل على قرية دورا القرع أمطار تزداد في المناطق المرتفعة من القرية لتصل إلى 600 ملم/سنة[1].

تبلغ مساحة أراضي قرية دورا القرع 4500 دونم[2]، أما عدد سكانها وكلهم يدينون بالإسلام فقد بلغ 2831 نسمة حسب إحصائيات عام 2007[3]. صادرت سلطات الاحتلال جزء من أراضي قرية دورا القرع وأقامت عليها مستوطنة (بيت إيل B) وهي قرية تعاونية أنشأت عام 1977م على أرض مساحتها 610 دونماً.

يتم جمع النفايات في القرية من الحاويات بواسطة سيارة تابعة لمجلس قروي دورا القرع مرتين في الأسبوع, وهذه السيارة أيضا تجمع نفايات قريتي عين سينيا وسردا وهي قرى مجاورة لقرية دورا القرع. بعد جمع النفايات تنقل إلى مكب بلدية بير زيت الذي يقع على أراضي قرية بير زيت حيث يتم التخلص منها نهائيا عن طريق الحرق والدفن. يتوفر في القرية مرافق مثل المدارس ورياض الأطفال ومسجد. أما الخدمات الطبية فيتلقاها سكان قرية دورا القرع من مؤسسة طبية وحيدة في القرية وهي عيادة حكومية ذات إمكانيات متواضعة من ناحية الأجهزة المتوفرة ومن ناحية الكوادر البشرية العاملة فيها, حيث يتواجد فيها الطبيب العام مرتين في الأسبوع فقط[4].

سابعاً: قرية بلعين

كان اسم القرية بليان ومن ثم تحولت إلى بلعين, وهي من قرى غرب رام الله وتبعد عنها حوالي 15 كم[5]. تقع قرية بلعين على خط إحداثي محلي شمالي 148.30 متر، وخط إحداثي محلي شرقي 156.82 متر، وترتفع عن سطح البحر 320 متر[6]. تبلغ مساحة أراضي

---

[1] مقابلة شخصية مع رئيس مجلس قروي دورا القرع السيد جبر باجس فواقة, تموز 2007.

[2] دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997، **مسح التجمعات السكانية لمحافظة رام الله والبيرة**. مرجع سابق، ص40.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، دائرة النشر والتوثيق، **قسم خدمات الجمهور**، مرجع سابق.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيرة**: مرجع سابق، ص108-109.

[5] مقابلة مع السيد جبر باجس فواقة, مرجع سابق.

[6] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيرة**: مرجع سابق، ص139.

القرية حوالي 3992 دونم، وتحيط بها أراضي قرى خربثا بني حارث، صفا، كفر نعمه، شلتا. بلغ عدد سكانها وكلهم يدينون بالإسلام حوالي 1800 نسمة حسب إحصائيات عام 2007[1].تتميز قرية بلعين عن غيرها من مناطق الدراسة بارتفاع درجة الحرارة وهذا يرتبط بارتفاعها عن سطح البحر. قدرت درجة الحرارة في قرية بلعين ب22 درجة مئوية . اما اتجاه الرياح فترتبط بانحدار أراضي القرية باتجاه الغرب لذلك تهب عليها رياح شرقية تقدر سرعتها ب14كلم/الساعة. نظرا لاقتراب قرية بلعين من ساحل البحر المتوسط فان نسبة الرطوبة مرتفعة وتقدر ب60%. تقدر كمية الأمطار التي تهطل على القرية ب450 ملم سنويا.

تعتبر قرية بلعين من القرى التي التهم الاحتلال جزء كبير من أراضيها من خلال جدار الضم العنصري، حيث تقع بلعين على مسافة خمسة كيلومترات تقريباً إلى شرق المنطقة المسماه بالخط الأخضر. فقد قدرت مساحة الأراضي التي فقدتها القرية بسبب الجدار 2300 دونم. ومن المعتقد أن مسار الجدار في هذا المكان لم يتم تحديده بموجب الاعتبارات الأمنية، بل بهدف توسيع المستوطنات, حيث ستستخدم هذه الأراضي لبناء حي كبير جديد يُدعى "متتياهو مزراح"، وهو إضافة للمستوطنة المسماة "متتياهو"[2].

إلى جانب وجود مستعمرة أخرى قائمة على أراضي القرية وهي مستعمرة (مكابيم) والتي تبلغ مساحتها العمرانية 1485 دونم وقد تم تأسيسها عام 1982[3].تعتبر قرية بلعين من القرى الفقيرة في المحافظة حيث يتدنى مستوى دخل السكان فيها والذين تشكل الزراعة بالنسبة لهم المصدر الرئيسي للمعيشة, خاصة زراعة أشجار الزيتون ومحاصيل مثل القمح والشعير, كما يعمل بعض السكان في الوظائف الحكومية وفي سوق العمل الإسرائيلي[4].

وفيما يتعلق بنفايات القرية وطرق التخلص منها, فان القرية لا تختلف كثيرا عن غيرها من القرى المجاورة, حيث يتم جمع النفايات من القرية مرتين في الأسبوع بواسطة سيارة خاصة لجمع النفايات تخدم أربعة قرى (كفر نعمة, عين عريك, دير ابزيع و بلعين), ويتم التخلص من هذه النفايات في المرحلة الأخيرة بإلقائها في المكب الذي يقع في جنوب القرية ثم يتم حرقها.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، دائرة النشر والتوثيق، **قسم خدمات الجمهور**، مرجع سابق.

[2] مقابلة شخصية مع رئيس مجلس قروي بلعين السيد أحمد عيسى ياسين، تموز 2008.

[3] دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997، **مسح التجمعات السكانية لمحافظة رام الله والبيرة**. مرجع سابق، ص49.

[4] مقابلة مع السيد أحمد عيسى ياسين، مرجع سابق.

يوجد في قرية بلعين مدرسة واحدة مختلطة لكافة الصفوف الدراسية. كما يوجد في القرية عيادة صحية يشرف عليها القطاع الحكومي, وهي ذات إمكانيات متواضعة من ناحية توفر الأجهزة والعاملين فيها, ويتواجد الطبيب في عيادة القرية مرتان في الأسبوع بينما تبقى الممرضة في العيادة طيلة أيام الأسبوع باستثناء يومي الجمعة والسبت[1].

ثامناً: مخيم الأمعري

أنشئ مخيم الأمعري عام 1949، وهو منظم كغيره من المخيمات من قبل وكالة الغوث الدولية. يقع المخيم داخل حدود مدينة البيرة، وفي عام 1957 حلت المساكن الإسمنتية محل الخيام. ويعاني مخيم الأمعري من الازدحام السكاني وشبكات الصرف والمياه الرديئة[2].

يقع مخيم الأمعري جنوب شرق مدينة رام الله على بعد 1 كم وعلى خط إحداثي محلي شمالي 144.55 متر وخط إحداثي شرقي 170.08 متر، ويرتفع عن سطح البحر 750 متر، وتبلغ مساحة المنطقة المبنية فيه 90 دونم وتحيط بها أراضي مدينة البيرة وهو يتبع إداريا بلدية البيرة[3]. لا تحيط بالمخيم أي من المستعمرات الإسرائيلية حيث يحده من الشمال والجنوب والشرق أراضي مدينتي رام الله والبيرة أما من الغرب فيحده أراضي مدينة بتونيا.

طوبوغرافيا ترتفع أراضي مخيم الامعري التي هي جزء من أراضي مدينة البيرة في الجهات الشمالية والجنوبية والغربية بينما تنخفض كلما اتجهنا شرقا. أما مناخيا فلا يختلف المخيم في مناخه كثيرا عن مناخ مدينتي رام الله والبيرة. قدرت درجات الحرارة في مخيم الامعري ب18 درجة مئوية. أما الأمطار فيسقط عليها كمية لا تقل عن 600 ملم في السنة. يسيطر على مخيم الامعري الرياح الغربية التي تقدر سرعتها حوالي 17كلم/الساعة[4].

---

[1] مقابلة مع السيد أحمد عيسى ياسين، مرجع سابق.

[2] الأونروا، 2004، مخيم الأمعري للاجئين-http://www.un.org/unrwa/Arabic/Refugees/WestBank/UN-Amari.htm تاريخ سحب الملف 6 تموز (يوليو) 2008.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيرة**: مرجع سابق، ص168-169.

[4] مقابلة شخصية مع السيد سليم جميل البسط, مدير مكتبة بلدية البيرة, تموز 2007.

يحصل السكان في مخيم الامعري على الخدمات الصحية من جهة واحدة فقط وهي عيادة الاونروا الصحية التي تشرف عليها وكالة الغوث الدولية والتي تم تأسيسها عام 1993. وهي عيادة من المستوى الثاني تقدم خدماتها ل 11ألف أسرة (حوالي 45 ألف فرد تقريباً). حيث يخدم هذا المركز الصحي اللاجئين في قرى أخرى بالإضافة إلى مخيم الأمعري. ومن المناطق التي تستفيد من الخدمات الطبية التي يقدمها المركز مدينة رام الله والبيرة وبتونيا وبيرزيت وقرى شرق رام الله وقرى شمال غرب رام الله. يشتمل هذا المركز على عيادة لرعاية الأمومة والطفولة، مختبر، مركز للأشعة,عيادات تخصصية لعلاج مرضى القلب والسكري والأمراض الجلدية والأسنان وصيدلية. ويتواجد في هذا المركز طبيب عام يعمل يومياً وطبيب أسنان يتواجد مره واحدة في الأسبوع وثمانية من الممرضين والممرضات الذي يزاولون أعمالهم يومياً[1].

بلغ عدد سكان مخيم الأمعري وكلهم يدينون بالإسلام حوالي 5907 نسمة حسب إحصائيات عام 2007[2]. يعاني مخيم الامعري من تدني مستوى الخدمات المقدمة للسكان, كما يعاني السكان في مخيم الامعري أيضا ومن ناحية اقتصادية من البطالة وانخفاض مستوى المعيشة والفقر الذي تفشى مع تقليص وكالة الغوث الدولية خدماتها، ووقف صرف المؤن للاجئين ليقتصر على الحالات الاجتماعية الخاصة. كما أن تقليص الوكالة لخدماتها الصحية للاجئين الفلسطينيين والتي من ضمنها تقليص عدد وكمية الأدوية المتوافرة في العيادات أثر بدوره على المستوى الصحي للسكان في المخيم.

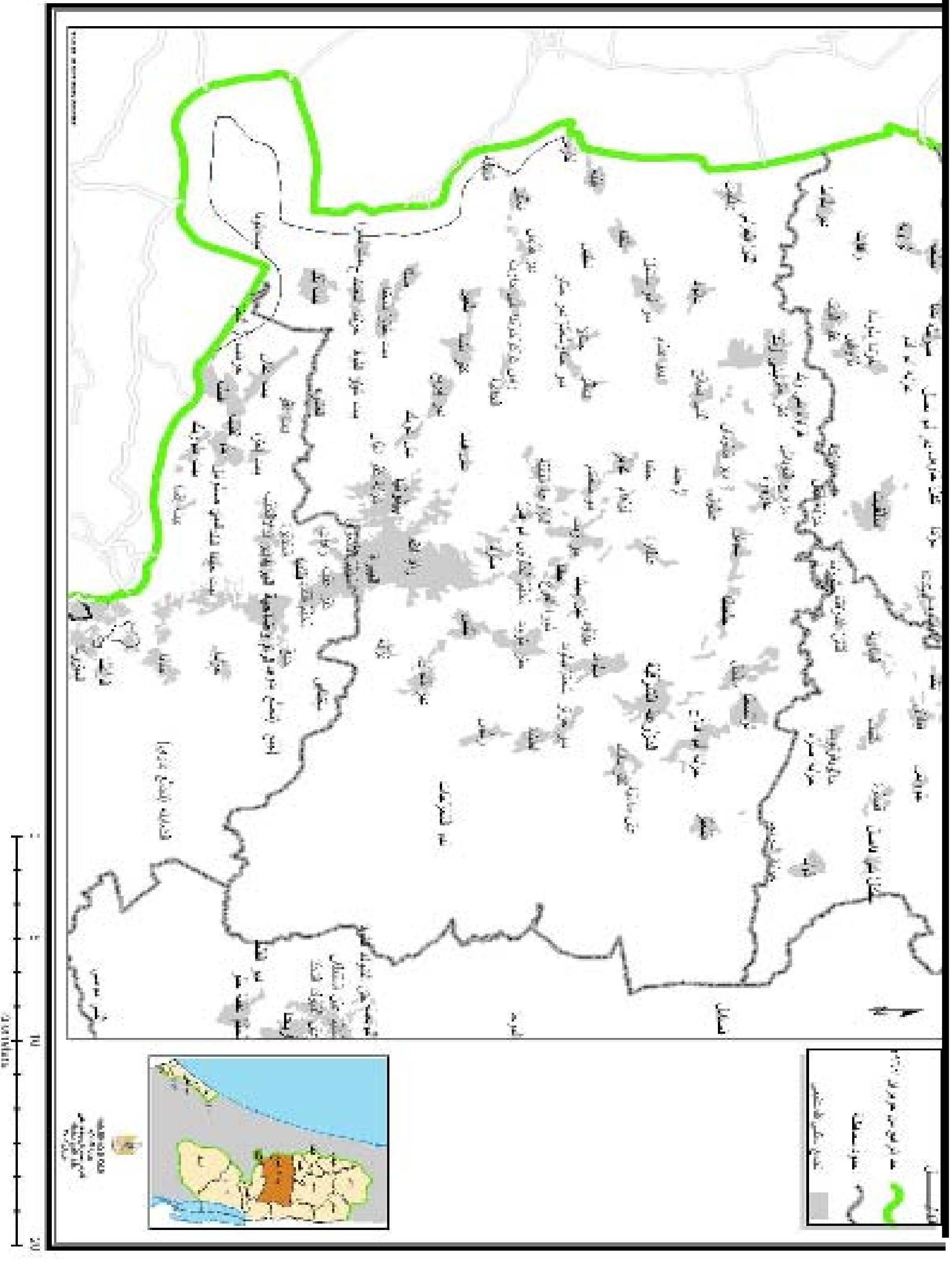
كما يعاني مخيم الأمعري من أوضاع صحية متردية ويعود ذلك إلى قرب المساكن من بعضها وقدم بناء معظمها وافتقارها إلى التهوية والتشمس مما يرفع من نسبة الرطوبة فيها ويقلل من معامل ملاءمتها للسكن. كما يفتقر مخيم الامعري إلى أراضي خضراء تفصل بين المساكن وذلك لضيق مساحة المنطقة المبني عليها المخيم حيث يستغل كل شبر فيها للبناء وتوسع السكان مما يزيد الوضع الصحي لبيئة المخيم سوءا. تعتبر بلدية البيرة مسؤولة عن تقديم بعض الخدمات لمخيم الامعري وخاصة خدمات التخلص من المياه العادمة والنفايات. فالمياه العادمة في مخيم الامعري يتم التخلص منها عن طريق اتصالها بشبكة مجاري بلدية البيرة. أما نفايات المخيم

---

[1] مقابلة شخصية مع الدكتور خالد الحلو، مسؤول عيادة الأمعري والقائم بأعمال رئيس أطباء منطقة القدس، تموز 2007.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، دائرة النشر والتوثيق, **قسم خدمات الجمهور**, مرجع سابق.

فتجمع يوميا ما عدا يوم الأحد بواسطة سيارة تابعة لبلدية البيرة ثم تنقل بعد جمعها إلى مكـب نفايات بلدية البيرة الواقع عند حدود مستوطنة بسجوت على جبل الطويل[1].



خارطة (3): التجمعات السكانية في محافظة رام الله والبيرة

المصدر: وزارة التخطيط – المركز الجغرافي الفلسطيني، رام الله, فلسطين, 2008.

[1] مقابلة مع سليم جميل البسط، مرجع سابق.

1. 1. 2 مظاهر السطح

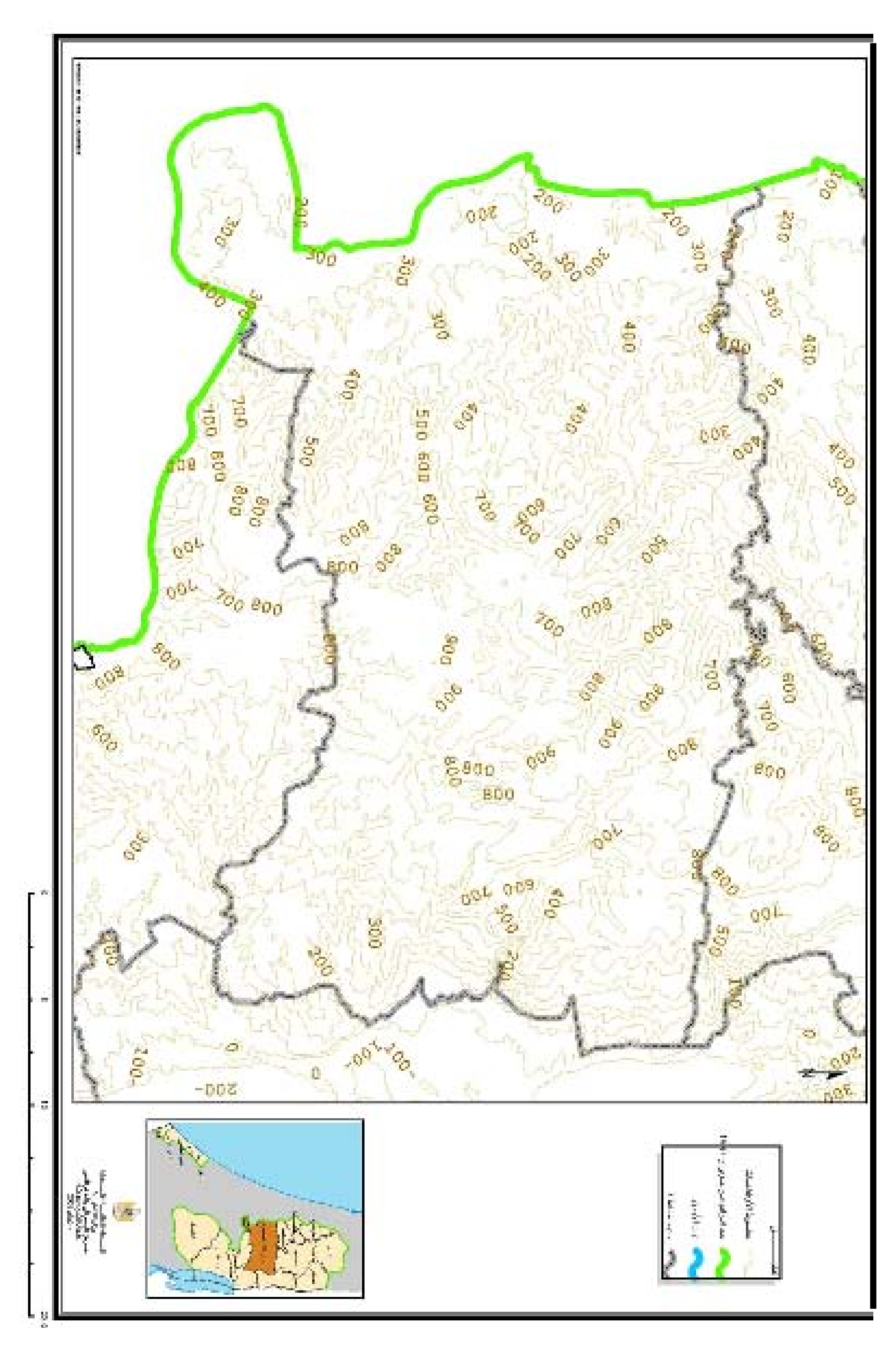
تعتبر مظاهر السطح (الطوبوغرافيا) من المظاهر الطبيعية التي تميز المناطق عن بعضها البعض. فالجبال والسهول والهضاب والأودية كلها مظاهر تضاريسية تعطي المنطقة الموجودة فيها طابعها المميز. تتميز منطقة رام الله بوضوح طوبغرافيتها وعدم تعقدها. تقوم منطقة رام الله على منطقة جبلية في وسطها تشكل العمود الفقري لمنطقة رام الله ثم تنحدر هذه الجبال باتجاه الشرق والغرب لتشكل المنحدرات الشرقية والمنحدرات الغربية. تنحصر المنحدرات الشرقية بين وادي الأردن في الشرق والمنطقة الجبلية في الغرب وتتميز هذه المنحدرات بانحدار حاد يظهر على الخريطة الكنتورية من خلال تقارب خطوط الكنتور, وهذا الانحدار مسؤول عن تشكيل الأودية الصغيرة مثل وادي المكوك. تشكل قمم الجبال في منطقة الوسط الحد الفاصل (خط تقسيم المياه) بين المنحدرات الشرقية والمنحدرات الغربية. ويتراوح ارتفاع هذه المنطقة بين 750-800 م فوق سطح البحر.أما المنحدرات الغربية فإنها تختلف عن المنحدرات الشرقية في درجة انحدارها. تتميز المنحدرات الغربية بالانحدار القليل ويتراوح ارتفاع منطقة المرتفعات الغربية بين 250-500 م فوق سطح البحر. تقع أعلى نقطة في منطقة رام الله على ارتفاع 1022 م فوق سطح البحر وهي منطقة تل عاصور, واخفض نقطة في منطقة رام الله تنخفض عن مستوى سطح البحر حوالي 24 م وذلك في الزاوية الجنوبية من المنطقة. أما أنظمة التصريف المائي الرئيسية في منطقة رام الله فهي بارزة. فالنظام الأول لتصريف الماء يتجه إلى الغرب نحو البحر المتوسط مثل وادي ساريدا, وادي الشامية, وادي الدرب, وادي سلمان ووادي الكبير. بينما يجري نظام التصريف المائي الثاني إلى الشرق نحو وادي الأردن مثل وادي المكوك ووادي العين[1].

جيولوجيا تتكون غالبية صخور منطقة رام الله من نوع الصخور الكلسية, التي ارتفعت أصلاً بفعل الضغط الهائل الذي أحدثته تحركات القشرة الأرضية المتكرر في هذه المنطقة. وهي نشطة زلزالياً, حيث تظهر بعض الصدوع والانكسارات العرضية في صخور المنطقة, خاصة تلك المشرفة على الأغوار, مما يقلل من استقرارها ويجعلها نشطة من الناحية الجيولوجية[2].

[1] Environmental Profile for The West Bank,Valume 4,Ramalla District,Applied Research Institute-Jerusalem(ARIJ), October,1996.

[2] نيروز، إبراهيم، مرجع سابق, ص 19.

تتباين مناطق الدراسة في طوبوغرافيتها. فمدينة دير دبوان عبارة عن منطقة جبلية ترتفع عن سطح البحر حوالي 770 م وتنحدر أراضيها من الغرب إلى الشرق مع انحدار أراضي منطقة رام الله التي تشكل المنحدرات الشرقية . أما قرية عابود فهي قرية شبه ساحلية يقل ارتفاع أراضيها في الجهة الغربية عن 450 م فوق سطح البحر. بينما ترتفع أراضيها كلما اتجهنا شرقا حيث هضبة تبنة سارح الموجودة في الشرق وذلك لاقترابها من المنطقة الجبلية الوسطى التي تشكل العمود الفقري لمنطقة رام الله. ولا تختلف قرية بلعين كثيرا عن قرية عابود من ناحية انخفاض أراضيها عن سطح البحر حيث يبلغ ارتفاعها عن سطح البحر حوالي 320 م. اما قرية دورا القرع فترتفع أراضيها عن سطح البحر حوالي 730 م وهي من المناطق التي تقع في المنطقة الجبلية الوسطى تبعا للتصنيف الطوبوغرافي الذي مر سابقا. كما تقع أراضي قرية عارورة أيضا في المنطقة الجبلية الوسطى ولكن بانحراف قليل نحو الغرب ويقدر ارتفاعها عن سطح البحر حوالي 500 م. لذلك تعتبر أراضيها جبلية باستثناء المنطقة الغربية منها فهي عبارة عن منطقة سهلية مكشوفة. ولا يختلف مخيم الامعري كثيرا في طوبوغرافيته عن مدينتي رام والبيرة وذلك لموقعه الجغرافي على أراضي مدينة البيرة.



خارطة (4): الارتفاعات في محافظة رام الله والبيرة

المصدر: وزارة التخطيط – المركز الجغرافي الفلسطيني، رام الله، فلسطين، 2008.

1. 2. 3 المناخ

تتبع محافظة رام الله والبيرة مناخ البحر الأبيض المتوسط نظراً لقربها منه, إذ أنها تبعد عنه ما يقرب من 25 ميلاً هوائياً فقط[1]. تتمتع محافظة رام الله والبيرة بمناخ معتدل يتوسط حر الأغوار في الشرق و رطوبة البحر في الغرب, كما أن الارتفاع المتوسط لجبالها لا يؤدي إلى البرودة الشديدة.

1. 2. 3. 1 درجة الحرارة

تعتبر درجة الحرارة من أهم عناصر المناخ التي تؤثر تأثيراً مباشراً على نشاط الإنسان ولباسه ومسكنه وغذائه, كما أنها تؤثر على النظام الحيوي وعناصره من النبات والحيوان. وهي من أكثر عناصر المناخ أهمية, لما لها من تأثير على بقية عناصر المناخ مثل الضغط الجوي والرياح والتبخر والرطوبة النسبية والتكاثف وغيرها.

تعرف درجة الحرارة بأنها درجة برودة أو سخونة الجسم أو البيئة المحيطة به ويسمى جهاز قياس الحرارة بالمحرار وتقاس بالدرجة المئوية أو بالدرجة الفهرنهايتية[2].

تختلف درجات الحرارة في فلسطين من مكان إلى آخر بسبب الموقع الجغرافي ودرجة العرض ومقدار التعرض للمؤثرات البحرية وللرياح السائدة. ويعتبر شهر كانون الثاني أكثر الأشهر برودة وشهر آب أكثرها حرارة, وتختلف متوسطات درجات الحرارة في كانون الثاني من إقليم لآخر, حيث تنخفض في جميع أنحاء فلسطين بسرعة بدءاً من شهر تشرين الثاني وتأخذ درجات الحرارة في الارتفاع بدءا من شهر آذار, وفي أيام الرياح الخماسينية تصل درجات الحرارة إلى حوالي °40 م[3].

وبالرغم من أن مناخ منطقة رام الله بارد شتاء إلا انه نادرا ما تهبط درجات الحرارة إلى ما دون الصفر, حيث تتراوح درجات الحرارة ما بين 4-14 درجة مئوية في فصل الشتاء,

---

[1] نيروز، إبراهيم، مرجع سابق, ص12

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **الأحوال المناخية في الأراضي الفلسطينية**, التقرير السنوي 2005، حزيران / يونيو 2006، رام الله، فلسطين، ص21.

[3] Pub/pubarabis/envir-pal-enc/chapter3 /www.arig.org

أما في فصل الصيف فتتراوح بين 25-35 درجة مئوية[1].بلغ المعدل العام لـــدرجات الحـــرارة الشهرية في محافظة رام الله والبيرة 17,1 درجة مئوية وذلك في العام 2007[2]والجدول الآتـــي يوضح ذلك.

جدول (1): المعدل العام لدرجات الحرارة الشهرية (م) /2007

الشهر	محطة رام الله
كانون الثاني	8.7
شباط	9.9
آذار	12.3
نيسان	15.6
ايار	20
حزيران	22.5
تموز	23.6
آب	23.8
أيلول	22.8
تشرين أول	20.4
تشرين ثاني	15.5
كانون أول	10.6
المعدل	**17.1**

المصدر: وزارة النقل والمواصلات, هيئة الأرصاد الجوية, النشرة المناخية للعام 2007, شباط 2008.

تختلف درجات الحرارة في منطقة رام الله باختلاف أشهر السنة. حيث يعتبـــر شـــهري كانون الثاني وشباط من أكثر الأشهر برودة. بلغ المعدل العام لدرجة الحرارة في شهر كـــانون الثاني حوالي 8,7 درجة مئوية ارتفعت إلى 9,9 مئوية في شهر شباط. أما الحرارة صيفا فترتفع في أشهر الصيف وخاصة شهري تموز وآب. وصل المعدل العام لدرجة الحرارة في شهر تموز 23,6 درجة مئوية ارتفع إلى 23,8 درجة مئوية في شهر آب. تتباين درجـــات الحـــرارة فـــي مناطق الدراسة تبعا لاختلاف الارتفاع عن سطح البحر. فكلما زاد الارتفاع 150 متـــر فـــوق

---

[1] دائرة الثقافة، **موسوعة المدن الفلسطينية**, مرجع سابق, ص286.

[2] وزارة النقل والمواصلات، **دائرة والأرصاد الجوية، إدارة شبكة المحطات**، المحطة المركزية، رام الله، فلسطين، 2008.

سطح البحر تقل درجة الحرارة درجة مئوية واحدة. وبالمقارنة مع مدينة رام الله التـــي ســـبق الحديث عن حرارتها من خلال الجدول السابق فان مدينة البيرة لا تختلف عن مدينة رام الله في الأحوال المناخية نظرا لالتصاق المدينتين وتداخل أراضيهما. تعتبر مدينة دير دبـــوان وقريـــة دورا القرع ومخيم الامعري من المناطق التي يقارب ارتفاعها ارتفاع مدينتي رام الله والبيـــرة ولذلك فان درجات الحرارة فيها لا تختلف كثيرا عن المدينتين. قدر المعـــدل الســـنوي لدرجـــة الحرارة في مدينة دير دبوان ودورا القرع ومخيم الأمعري ب18 درجة مئوية. أما قرية عابود التي ترتفع عن سطح البحر حوالي 450 متر وقرية بلعين التي يقدر ارتفاعها عن سطح البحر ب320 متر فان قيم الحرارة فيهما تختلف عن مدينة رام الله والبيرة. قدر المعدل السنوي لدرجة الحرارة في قرية عابود حوالي 21 درجة مئوية و22درجة مئوية في قرية بلعين. تتوسط قرية عارورة المجموعتين السابقتين من ناحية الارتفاع وما يرتبط به من درجات حرارة. قدر المعدل السنوي لدرجة الحرارة في قرية عارورة ذات الارتفاع 500 متر فوق سطح البحر حوالي 20 درجة مئوية[1].

إن لدرجة الحرارة علاقة بالصحة العامة وموسمية الأمـــراض. حيـــث يرتفـــع عـــدد المصابين ببعض الأمراض مع ارتفاع درجة الحرارة في فصل الصيف مثل أمـــراض العيـــون والأمراض الجلدية. كما أن انخفاض الحرارة يؤثر على الصحة ويؤدي إلى الإصابة بمجموعة من الأمراض تأتي الأمراض التنفسية على رأسها.

1. 2. 3. 2 الرطوبة النسبية

تعرف الرطوبة النسبية بأنها نسبة كمية بخار الماء الموجود في الهواء إلى كمية البخار اللازم للإشباع[2].

تراوح معدل الرطوبة النسبية السنوية في فلسطين في الفترة الزمنية الممتدة بين عـــامي 1969−1983بين 52% في محطة أريحا و 63% في محطة طولكرم, أما في العام 2005 فقد تراوح معدلها السنوي بين 52,5% في محطة أريحا و68,1%في محطة رام الله[3].

---

[1] مقابلات مع رؤساء المجالس في مناطق الدراسة.

[2] الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني، **الأحوال المناخية في الأراضي الفلسطينية**، مرجع سابق، ص5.

[3] المرجع السابق، ص 7

جدول (2): المعدل العام الشهري للرطوبة النسبية (%) /2007

الشهر	محطة رام الله
كانون الثاني	67
شباط	66
آذار	59
نيسان	50
ايار	45
حزيران	48
تموز	53
آب	57
أيلول	58
تشرين أول	58
تشرين ثاني	59
كانون أول	66
المعدل	57

المصدر: وزارة النقل والمواصلات, هيئة الأرصاد الجوية, النشرة المناخية للعام 2007, شباط 2008.

بلغ المعدل العام للرطوبة النسبية في محطة رام الله 57% وذلك في العام 2007. يعتبر شهر كانون الثاني من أكثر الأشهر رطوبة في محافظة رام الله حيث وصل المعدل العام للرطوبة في هذا الشهر 67%. بينما تقل الرطوبة في بعض الأشهر لتسجل أدنى قيمة لها وذلك في شهر أيار حيث بلغت 45%. وفي مناطق الدراسة تعتبر قريتي عابود وبلعين من أكثر مناطق الدراسة رطوبة وذلك لقربهما من ساحل البحر المتوسط الواقع إلى الغرب من محافظة رام الله والبيرة. قدر معدل الرطوبة النسبية في قرية عابود ب62% أما في قرية بلعين فقد بلغ معدلها قرابة 60%. يقدر معدل الرطوبة النسبية في مدينة دير دبوان وقرية دورا القرع ب56%. أما في مخيم الامعري فمعدل رطوبتها لا يختلف عن معدل الرطوبة في مدينتي رام الله والبيرة بيد أن الرطوبة النسبية ترتفع كثيرا في داخل المساكن نظرا لعدم توفر التهوية المناسبة الناتجة عن افتقار المساكن للنوافذ بسبب التصاق المباني بعضها ببعض مما يشكل ارتفاع في الرطوبة.يشكل ارتفاع الرطوبة بيئة مناسبة لتكاثر الجراثيم التي تهاجم جسم الإنسان

والنتيجة هي اعتلال الصحة[1]. فالرطوبة كعنصر من عناصر المناخ لها أثرها في تسهيل الإصابة بالأمراض. فارتفاع الرطوبة النسبية خاصة إذا كانت مصحوبة بارتفاع في درجة الحرارة فإنها تسبب الضيق والملل للإنسان كما تسبب ازدياد إفراز العرق وعدم جفافه. كما أن انخفاض رطوبة الهواء تؤدي إلى جفافه مما يؤدي إلى جفاف الجلد وتشققه. إلى جانب ذلك دور الرطوبة في خلق بيئة مناسبة لتكاثر الجراثيم والميكروبات المسببة لكثير من الأمراض.

1. 2. 3. 3 الرياح

الغلاف الجوي في حركة دائمة, والرياح تغير من سرعتها واتجاهها باستمرار. تعرف الرياح بأنها الحركة العمودية للهواء ما بين مكانين مختلفين في الضغط الجوي[2].

تتصف الرياح في فلسطين بالسكون في فصل الصيف باستثناء نسائم البر و البحر والسهل والجبل, وفي الشتاء تهب العواصف الرعدية الشديدة في المرتفعات الجبلية, حيث يمكن أن تصل سرعة الرياح فيها إلى (120كم/الساعة).

تتعرض محافظة رام الله والبيرة للرياح الشمالية والشرقية الجافة, والرياح الجنوبية و الغربية التي تحمل معها الرطوبة من البحر, فتؤدي إلى هطول الأمطار وتساقط الثلوج في الشتاء عند انخفاض درجة الحرارة كذلك تهب على المحافظة في أوائل فصل الصيف رياح جافة كرياح الخماسين[3].

---

[1] مقابلات مع رؤساء المجالس البلدية والقروية في مناطق الدراسة.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **الأحوال المناخية في الأراضي الفلسطينية**, مرجع سابق، ص5

[3] دائرة الثقافة، **موسوعة المدن الفلسطينية**, مرجع سابق, ص286.

جدول (3): المعدل العام الشهري لسرعة الرياح (كم /س) /2007

الشهر	محطة رام الله
كانون الثاني	16.3
شباط	18
آذار	18.4
نيسان	18.5
ايار	18
حزيران	19.4
تموز	20.4
آب	18.6
أيلول	17
تشرين أول	13
تشرين ثاني	14.1
كانون أول	16
المعدل	17.3

المصدر: وزارة النقل والمواصلات, هيئة الأرصاد الجوية, النشرة المناخية للعام 2007, شباط 2008.

يشير الجدول رقم (3) إلى المعدل العام الشهري لسرعة الرياح في محطة رام الله المناخية في العام 2007. يتضح من الجدول أن معدل سرعة الرياح في المنطقة بلغ 17,3 كلم/ساعة. تتباين الرياح في سرعتها من شهر إلى آخر. في العام 2007 سجلت الرياح أقصى سرعة لها في شهر تموز حيث وصل المعدل العام لها إلى 20,4 كلم/ساعة. أما اقل سرعة لها فقد سجلت في شهر أكتوبر حيث بلغ المعدل العام لها 13 كلم/ساعة. تختلف مناطق الدراسة في خصائص الرياح التي تهب عليها وخاصة الاتجاه والسرعة. يهب على مدينتي رام الله والبيرة ومخيم المعري رياح جنوبية غربية كما تهب على مدينة دير دبوان وقرى دورا القرع وعارورة وعابود رياح غربية. أما قرية بلعين فتهب عليها رياح شرقية يقدر سرعتها ب14كلم/الساعة. يتراوح المعدل الشهري لسرعة الرياح التي تهب على مناطق الدراسة بين17,3كلم/الساعة في مدينتي رام الله والبيرة و16كلم/الساعة في قريتي عارورة وعابود[1].

[1]مقابلة مع رؤساء المجالس البلدية والقروية في مناطق الدراسة.

تعتبر الرياح من العناصر المناخية التي تؤثر على حالة الإنسان الصحية فهي وسيلة نقل للملوثات وناقلات الأمراض من الجراثيم والميكروبات من أماكن وجودها إلى أماكن أخرى. فالرياح الحارة والجافة والتي تحمل معها الغبار والأتربة تؤدي إلى تلويث الجو والإصابة بأمراض مختلفة أهمها الحساسية وأمراض العيون.

1. 2. 3. 4 الأمطار

يعرف المطر بأنه مياه تنتج عن تكثف بخار الماء في الغلاف الجوي وتسقط على اليابسة أو المسطحات المائية[1].

في فلسطين يعتبر شهر شباط أكثر الأشهر هطولا, بينما تقل كميات الهطول في شهر أيار, أما أشهر الصيف فهي عديمة المطر. وتتراوح كميات المطر ما بين 117.0ملم في محطة أريحا و790.5 في محطة نابلس وذلك في عام 2005[2].

يحل فصل الشتاء في رام الله بين تشرين الثاني ونيسان, ومدة هذا الفصل 175 يوماً, ولا تتجاوز الأيام الممطرة في رام الله التسعين يوما في السنة, وينزل الثلج في بعض الأحيان في شهر شباط, هذا وتتذبذب كمية الأمطار الهاطلة من عام لآخر, ويبلغ معدل سقوط الأمطار في رام الله والبيرة 600 ملمتر في السنة[3]. يمكن تقسيم المطر من حيث سقوطه على محافظة رام الله والبيرة إلى ثلاث فترات زمنية هي:

1- أمطار الخريف: وهذه تسقط في أواخر شهر تشرين أول إلى منتصف شهر كانون أول ويسقط في هذه الفترة قرابة 35% من نسبة أمطار السنة ككل.

2- أمطار الشتاء: و تسقط من منتصف شهر كانون أول إلى أواخر شهر شباط, ونسبة المطر المتساقط في هذه الفترة تصل إلى قرابة 55% من نسبة أمطار السنة ككل.

---

[1] الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني، **الأحوال المناخية في الأراضي الفلسطينية**، مرجع سابق، ص11.

[2] المرجع السابق، ص7

[3] دائرة الثقافة، **موسوعة المدن الفلسطينية**، مرجع سابق، ص286.

3- المطر المتأخر: و يسقط في أوساط شهر آذار بداية شهر نيسان, ويسقط في هـذه الفتـرة حوالي 10% من نسبة أمطار السنة ككل[1].

جدول (4): مجموع الهطول المطري الشهري (ملم) /2007

الشهر	محطة رام الله
كانون الثاني	81.2
شباط	130.4
آذار	146.1
نيسان	5.0
ايار	16.2
حزيران	00.0
تموز	00.0
آب	00.0
أيلول	00.0
تشرين أول	1.0
تشرين ثاني	106.5
كانون أول	57.5
المعدل	543.9

المصدر: وزارة النقل والمواصلات, هيئة الأرصاد الجوية, النشرة المناخية للعام 2007, شباط 2008.

يتضح من الجدول رقم (4) انعدام سقوط الأمطار في محافظة رام الله والبيرة في أشهر حزيران وتموز وآب, بينما تسقط الأمطار وبغزارة في شهري كانون الثاني وشباط. بلغت اكبر كمية هطول في محطة رام الله المناخية 138,9 ملم وذلك في شهر شباط في العام 2007 امـا اقل كمية هطول فكانت في شهر أيلول, حيث لم تتعدى كمية المطار الساقطة 00,5 ملم في نفس السنة. تتباين مناطق الدراسة في كمية الأمطار التي تسقط عليها. تتلقى مدينة دير دبوان وقرية دورا القرع ومخيم الامعري كمية من الأمطار تقدر ب600 ملم في السنة. بينما تتلقى كل مـن قرية عابود وقرية عارورة كمية من الأمطار تقدرب500 ملم في السنة. أما قرية بلعـين فتقـل

[1] نيروز، إبراهيم، مرجع سابق, ص 12.

كمية الأمطار التي تسقط عليها وهذا يعود إلى ارتفاعها القليل عن سطح البحر مقارنة مع مناطق الدراسة الأخرى.

تعتبر الأمطار من العناصر المناخية التي لها اثر على حالة الإنسان الصحية, حيث يلعب الهطول دوره في انتشار الأمراض خاصة في البيئات الملوثة, وتتفاعل الأمطار مع الملوثات الكيميائية الموجودة في الجو لتنتج ما يسمى الأمطار الحمضية التي تلحق الضرر بالبيئة وصحة الإنسان.

1. 2. 3. 5 الضغط الجوي

لا يهتم الإنسان العادي بتقلبات الضغط الجوي مثلما يهتم بالتقلبات في درجة الحرارة والرياح والأمطار وغيرها. والحقيقة أن تقلبات الضغط ليست مهمة لذاتها, بل لما يترتب عليها من تقلبات في عناصر الطقس الأخرى مثل الحرارة والرياح والأمطار.

يعرف الضغط الجوي في نقطة ما على سطح الأرض على انه وزن عمود الهواء على وحدة المساحة (سم2) ويقاس بوحدة داين/سم2 أو نيوتن /م2, والشائع في الأرصاد الجوية وحدة المليبار (بار يساوي ضغط مليون داين/سم2). ويقاس الضغط الجوي بالباروميتر الزئبقي, والباروجراف المعدني, ويبلغ الضغط الجوي على مستوى سطح البحر حوالي 76سم زئبق, أو ما يعادل 1013 ميليبار[1].

تقع فلسطين ضمن المناطق شبه المدارية حيث يسود مناخ البحر الأبيض المتوسط, وبالتالي تسيطر عليها منطقة الضغط الجوي المرتفع التي تتميز بالتيارات الهوائية الهابطة[2]. يحتوي الغلاف الجوي على ملوثات غازية وصلت إلى الجو عن طريق التيارات الهوائية الصاعدة, ثم تقوم التيارات الهوائية الهابطة بنقل هذه الملوثات مع هبوطها مما يسهم في انتشار الكثير من الأمراض.

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **الأحوال المناخية في الأراضي الفلسطينية**, مرجع سابق، ص 5.

[2] المرجع السابق، ص 8.

جدول (5): المعدل العام للضغط الجوي (ملليبار) /2007

الشهر	محطة رام الله
كانون الثاني	924
شباط	923
آذار	922
نيسان	921
ايار	922
حزيران	921
تموز	919
آب	919
أيلول	922
تشرين أول	924
تشرين ثاني	925
كانون أول	925
المعدل	922.3

المصدر: وزارة النقل والمواصلات, هيئة الأرصاد الجوية, النشرة المناخية للعام 2007, شباط 2008.

يشير الجدول رقم (5) إلى قيم الضغط الجوي كما سجلت في محطة رام الله في العام 2007. يتضح من الجدول أن الفارق بين قيم الضغط الجوي عبر اشهر السنة قليل حيث ان التقلبات في الضغط الجوي ضئيلة في العادة ولا تزيد عن التغير في الضغط بين قاعدة عمارة كبيرة متعددة الطوابق وقمتها. سجلت أعلى قيمة للضغط الجوي في شهري تشرين ثاني وكانون أول, فقد بلغت 925 ملليبار. أما اقل قيمة للضغط الجوي سجلت في المحطة في العام نفسه فكانت في شهري تموز وآب حيث بلغت 919 ملليبار. يترتب على تناقص الضغط الجوي بالارتفاع عن سطح البحر أن يصبح الضغط الجوي في المناطق الجبلية اقل منه في السهول المنخفضة, كما أن الضغط الجوي يرتبط مع الحرارة ورطوبة الهواء بعلاقة عكسية[1]. لذا يمكن القول إن قريتي عابود وبلعين ترتفع فيهما قيم الضغط الجوي مقارنة مع بقية مناطق الدراسة

[1] شحادة, نعمان,1996, **الجغرافيا المناخية: علم المناخ**.الطبعة الخامسة, دار المستقبل للنشر والتوزيع, عمان, الأردن, ص123

بسبب ارتفاعهما القليل عن سطح البحر وقربهما من ساحل البحر المتوسط الذي اثر بدوره في زيادة رطوبة الهواء. أما بقية مناطق الدراسة فتتشابه في قيم الضغط الجوي.

وللضغط الجوي وما يطرأ عليه من تغيرات آثار على صحة أجهزة الجسم, فالتغيرات المفاجئة في الضغط الجوي لها علاقة بزيادة عدد الوفيات الناتجة عن الأزمات القلبية, كما أنها تؤثر على الجهاز العصبي, فانخفاض الضغط الجوي في المناطق المرتفعة نتيجة لتخلخل الهواء وتناقص كثافته وتناقص محتواه من الأكسجين يشكل عبئا على الجهاز التنفسي لدى سكان هذه المناطق[1].

1. 2. 4 مصادر المياه في محافظة رام الله والبيرة

تصنف مصادر المياه في محافظة رام الله والبيرة بشكل عام إلى مصدرين رئيسيين هما:

الأول: المياه الجوفية المتمثلة بالمياه المضخوضة من الآبار الجوفية والمستغلة من الينابيع والعيون الدائمة أو الموسمية.

والثاني : المياه المزودة من مصلحة مياه محافظة القدس.

أولاً : المياه الجوفية:

هي مياه (عذبة أو قليلة الملوحة) متواجدة تحت سطح الأرض (عادة في مستودعات المياه الجوفية) تزود الآبار والينابيع بالمياه[2].

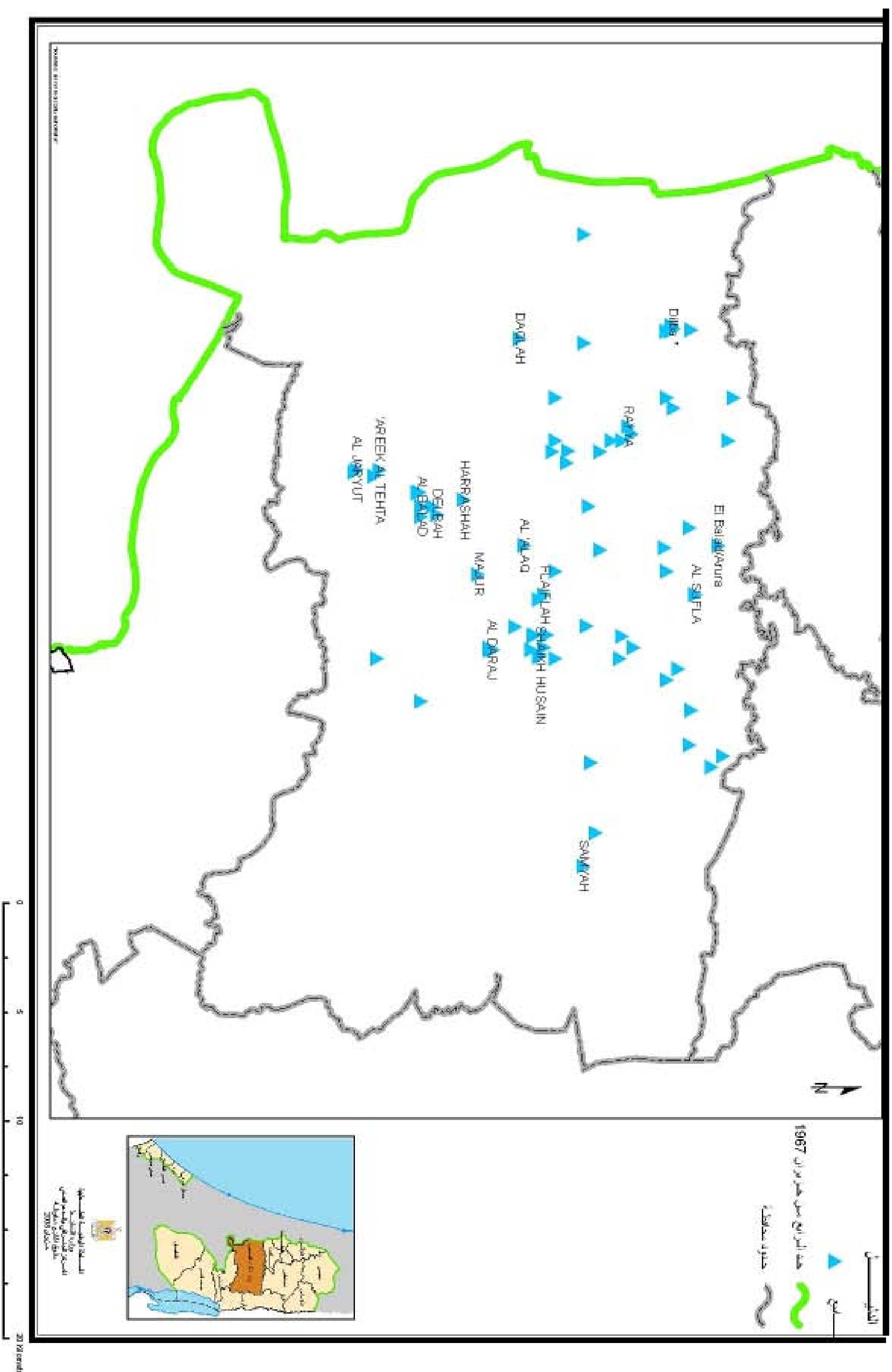
يوجد في محافظة رام الله والبيرة حوالي 30 ينبوع مراقبة من قبل سلطة المياه الفلسطينية,وقد بلغت كمية التدفق السنوي لمياه هذه الينابيع حوالي 879000 م3/السنة. وأهم هذه الينابيع نبع الشيخ عمر وعين أم الشرايط وعين جنان وعين الملك وغيرها[3].

---

[1] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص64–65.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, 2001, **إحصاءات المياه في الأراضي الفلسطينية**، التقرير السنوي، نوفمبر 2002. ص37.

[3] يحيى, عادل وآخرون, 2000, **دليل فلسطين السياحي, الضفة الغربية وقطاع غزة**، المؤسسة الفلسطينية للتبادل الثقافي، رام الله، فلسطين، ص85.



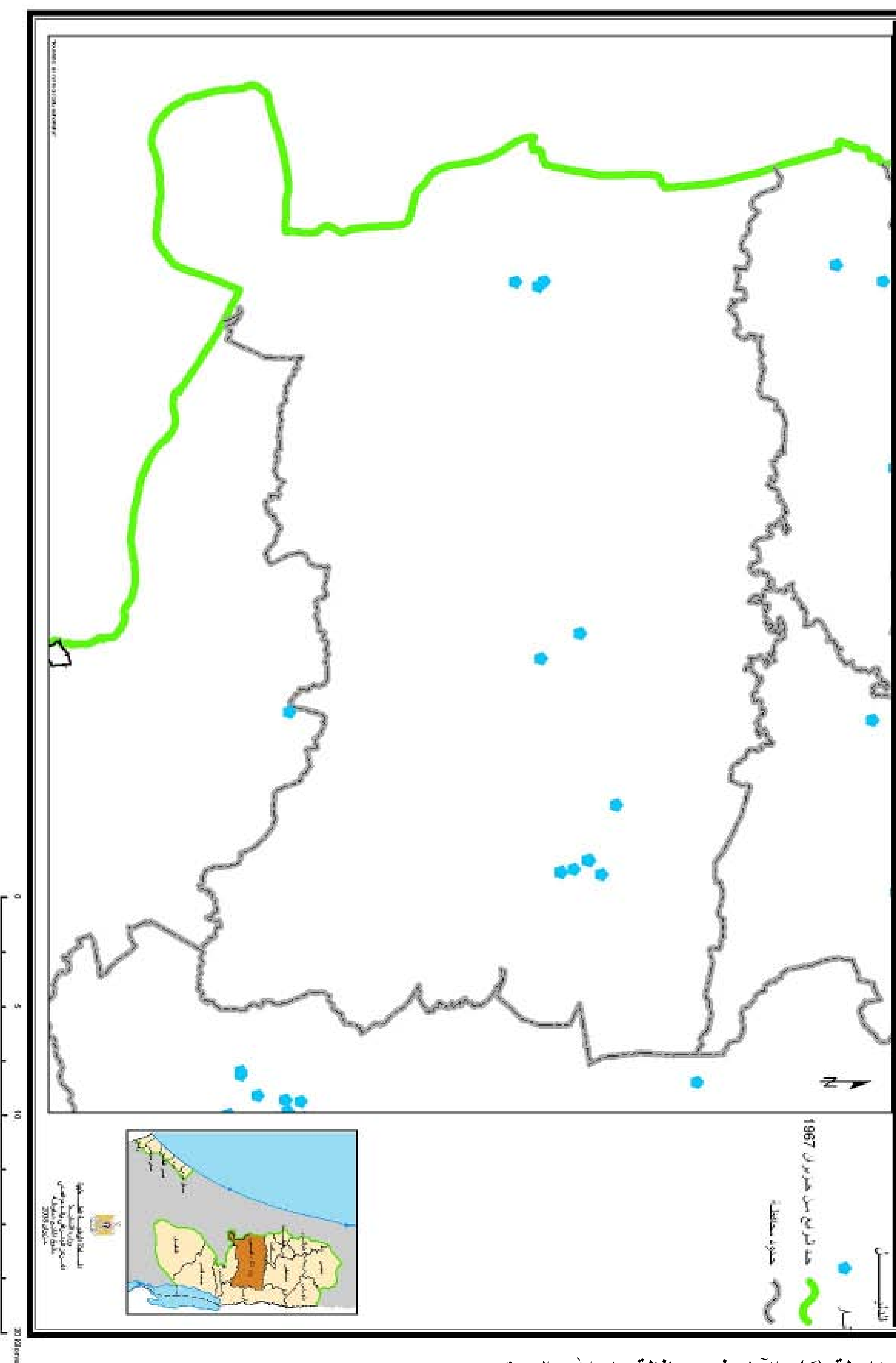
خارطة (5): الينابيع في محافظة رام الله والبيرة

المصدر: وزارة التخطيط – المركز الجغرافي الفلسطيني، رام الله, فلسطين, 2008.

كما يوجد في المحافظة عدد من العيون المائية مثل عين البرج وعين البلد وعين مزراب وعين الماصيون وعين القصر وعين سمعان وغيرها, بالإضافة إلى نزازات المياه التي تترشح مياهها من الصخور[1]. وقد بلغت كمية الضخ السنوية من المياه الجوفية من المياه الجوفية فـــي محافظـــة رام الله والبيرة حوالي 2.294.6 (ألف متر مكعب) حسب إحصائيات عام 2004[2]. وإلى جانب الآبـــار الطبيعة التي وجدت بشكل طبيعي في الصخر هناك الآبار الاصطناعية التي هـــي مـــن صـــنع الإنسان والمبنية من الإسمنت تحت البيوت والبنايات, ويتغذى هذا النوع من الآبار من الأمطار المتساقطة على الأسطح.

[1] نيروز، إبراهيم، مرجع سابق, ص 123

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **الإحصاءات الجغرافية في الاراضي الفلسطينية 2005**, مرجع سابق، ص 36



خارطة (6): الآبار في محافظة رام الله والبيرة

المصدر: وزارة التخطيط – المركز الجغرافي الفلسطيني، رام الله, فلسطين, 2008.

ثانياً : المياه المزودة والمستهلكة

يقصد بالمياه المستهلكة هي المياه المسحوبة من المياه الجوفية أو المحولة من مصدر للمياه السطحية لغرض الاستهلاك المنزلي أو الصناعي أو الري الزراعي أو لشرب الماشية أو لأية استخدامات أخرى. أما المياه المزودة فهي كمية المياه التي يتم توزيعها من مصادرها المختلفة بعد جمعها ومعالجتها إلى المستهلكين والمنشآت التجارية والصناعية ومرافق الري والمؤسسات العامة, هذا ويحصل بعض السكان في محافظة رام الله والبيرة على المياه من مصلحة مياه محافظة القدس[1]. تقع مصلحة مياه محافظة القدس في محافظة رام الله والبيرة. وتمتد منطقة خدمة المصلحة على رقعة مساحتها 600 كم2, تشمل حاليا أجزاء كبيرة من محافظة رام الله والبيرة (مدينتي رام الله والبيرة و8 مدن وبلديات أخرى وأكثر من 35 قرية و5 مخيمات للاجئين) والجزء الشمالي لمدينة القدس. بلغ عدد السكان التقديري في منطقة خدمة مصلحة المياه 277,432 فرد في العام 2007. وبالنسبة لبقية المواقع في محافظة رام الله والبيرة فتتزود بالمياه إما عن طريق دائرة مياه الضفة الغربية أو أن هذه الخدمة لم تصلها بعد.

يشكل حقل آبار عين سامية (في الحوض الشرقي) مصدر المياه الوحيد لمصلحة مياه محافظة القدس، ويقع هذا الحقل على بعد 20 كلم تقريبا إلى الشمال الشرقي لمدينة رام الله عند منتصف الطريق المؤدية إلى غور الأردن، حيث ينخفض حوالي 500 متراً عن هذه المدينة بينما يرتفع حوالي 400 متراً فوق سطح البحر. يتراوح متوسط إجمالي الطاقة الإنتاجية لهذا الحقل من 550-600م3 / ساعة أو ما يعادل حوالي 5.7 مليون متر مكعب/ السنة. وفي سنوات 1998 و1999 و 2000 تأثرت الطاقة الإنتاجية الإجمالية لآبار عين سامية سلباً بسبب قلة الأمطار الساقطة. تخضع المياه المنتجة من آبار عين سامية إلى الفحص والتحليل لكل من النواحي البكتيرية والكيميائية. حيث يتم عمل فحوصات كيميائية محددة مرتين في السنة مثل فحوصات الأيونات الموجبة الرئيسية والأيونات السالبة الرئيسية والمحتوى الصابوني، بالإضافة إلى ذلك يوجد هناك الفحوصات الأسبوعية للمياه مثل فحص درجة العكورة.

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **إحصاءات المياه في الأراضي الفلسطينية**، مرجع سابق، ص31.

وبما أن حقل آبار عين سامية يعد مصدر المياه الذاتي الوحيد لمصلحة مياه محافظة القدس فمن الضروري المحافظة على صحة المياه وصلاحيتها للاستخدام. أدركت المصلحة أن هناك أخطار تلوث متزايدة تتهدد حقل الآبار الحيوي هذا، وهي أخطار ناجمة عن الملوثات التي تنتجها الزراعة النباتية والحيوانية والمحاجر والتخلص من النفايات الصلبة والسائلة بشكل غير ملائم لهذا اتخذت المصلحة إجراءات فورية تقوم على وضع الإستراتيجيات وأساليب المواجهة المتعلقة بحماية حقول آبار المياه الجوفية التابعة للمصلحة ومن هذه الاستراتيجيات إعداد خطة حماية مناسبة لتقليص مخاطر التلوث في مناطق تغذية الأحواض المائية و تطوير إجراءات مراقبة و كشف فعالة قادرة على مراقبة و كشف و ربما معالجة أي تلوث كيماوي أو بيولوجي[1].

وتشير نتائج الدراسات إلى أن أعلى كمية مياه مشتراة من مصلحة مياه محافظة القدس كانت في محافظة رام الله والبيرة حيث بلغت 7.796.5 ألف متر مكعب وذلك في العام 2000[2]. وفي هذه الدراسة فان النتائج تشير إلى أن النسبة الأكبر من أفراد مجتمع الدراسة يشربون من ماء حنفية حيث شكل هؤلاء ما نسبته 79.2% من اجمالي السكان في مدن الدراسة و78.1% من اجمالي السكان في قرى الدراسة,اما في المخيم فقد شكل السكان الذين يشربون من ماء الحنفية نسبة 81.6% من اجمالي سكان المخيم[3].

1. 3 الخصائص البشرية

أطلق الكنعانيون العرب اسم حدائق الله على منطقة رام الله, وقد تباينت الأقوال فيما يخص الاسم التي كانت تحمله تلك المدينة قبل اسمها الحالي, وتشير بعض المصادر إلى أن منطقة رام الله هي مسقط رأس النبي صموئيل, ويعتقد ان النبي يوسف ومريم العذراء مرا بها.

[1] مصلحة مياه محافظة القدس لمنطقة رام الله والبيرة، www.jwu.org/newweb/atemplate.php?id=87 تاريخ سحب الملف 2008/9/10م.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **إحصاءات المياه في الاراضي الفلسطينية**، مرجع سابق. ص 35.

[3] نتائج تحليل استمارة الدراسة.

واسم رام الله له تفسيرات عديدة, منها أن الفعل (رام) يعني القصد وبهذا يكون المعنى رام الله – قصد الله[1].

1. 3. 1 أنماط التجمعات السكانية في محافظة رام الله والبيرة

تصنف التجمعات السكانية في محافظة رام الله والبيرة على النحو الآتي:

1- مدن : رام الله والبيرة ودير دبوان وبير زيت وبني زيد.

2- بلدات مثل : بيتونيا – سلواد.

3- قرى مثل : أبو شخيدم, برهام, بلعين, بيت ريما, دير نظام, كفر مالك, مزارع النوباني, النبي صالح, نعلين, يبرود.

4- الخرب مثل خربة جيبيا.

5-مخيمات مثل : الامعري, الجلزون, دير عمار.

هذا وتشكل التجمعات السكانية في محافظة رام الله والبيرة ما نسبته 10.25% من مجموع التجمعات السكانية في الضفة الغربية وقطاع غزة[2].

أما الكثافة السكانية والتي تستخدم كمعيار عملي من اجل الربط بين السكان ومساحة الأرض التي يعيشون عليها, فقد بلغت في الأراضي الفلسطينية (645.9) فرد / كم^2, أما محافظة رام الله والبيرة فتبلغ الكثافة السكانية (339.7) فرد/ كم^2 وذلك في العام 2005[3].

1. 3. 2 حجم الأسرة

الأسرة: هي أفراد أو مجموعة أفراد تربطهم صلة قرابة, ويقيمون في مسكن واحد, ويشتركون في المأكل والمشرب[4].

---

[1] حسونة, خليل إبراهيم, 2005, **لكي لا ننسى فلسطين**, مكتبة اليازجي, غزة, ص182.

[2] نيروز، إبراهيم، مرجع سابق, ص21 – 31.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **كتاب فلسطين الإحصائي السنوي رقم 8**، مرجع سابق، ص241.

[4] دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت – 1997**، النتائج النهائية للتعداد – ملخص (السكان، المساكن، المباني والمنشآت)، محافظة رام الله والبيرة، 1999، ص22.

يرتبط أفراد غالبية الأسر الفلسطينية بعلاقة قرابة فيما بينهم. تبين أن أكثر من ثلثي الأسرة الفلسطينية هي أسرة نووية (69%) من مجموع الأسر, وان 28% من مجموع الأسر هي أسر ممتدة, وما تبقى أسرة مركبة أو من فرد واحد مع وجود فروقات في هذا التوزيع ما بين الضفة الغربية وقطاع غزة[1].

وتشير الدراسات إلى أن عدد الأسر في محافظة رام الله والبيرة بلغ 52554 أسرة، ومتوسط حجمها 5.3 فرداً[2].

وفي هذه الدراسة تشير النتائج وكما ظهرت في الجدول رقم (6) إلى أن غالبية الأسر تتكون من 5-7 أفراد في كل من مدن وقرى الدراسة حيث شكلت هذه الاسر ما نسبته 44.3% من اجمالي الاسر في مدن الدراسة و45.2% من اجمالي الاسر في قرى الدراسة,اما في مخيم الامعري فكانت نسبة الاسر التي تتكون من 8افراد فاكثر هي الاكثر شيوعا حيث بلغت 56% من اجمالي الاسر في المخيم[3].

جدول (6): عدد أفراد المسكن في مجتمع الدراسة ونسبهم المئوية

مكان السكن	عدد أفراد السكن	النسبة المئوية
مدينة	4-1	22.99%
	7-5	44.31%
	8 فأكثر	32.70%
قرية	4-1	12.63%
	7-5	45.27%
	8 فأكثر	42.10%
مخيم	4-1	4.00%
	7-5	40.00%
	8 فأكثر	56.00%

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

[1] دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية, **المرأة والرجل في فلسطين اتجاهات وإحصاءات 1998**, ص33.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008، **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007**، كراس المؤتمر الصحفي لإعلان النتائج الأولية للتعداد (السكان، المباني، المساكن والمنشآت)، رام الله، فلسطين، ص31.

[3] نتائج تحليل استمارة الدراسة

1. 3. 3 التركيب العمري والنوعي للسكان

1. 3. 3. 1 التركيب العمري للسكان

إن دراسة أعمار السكان وتصنيفهم إلى فئات عمرية تساعد المخططين على معرفة كثير من الجوانب التي يكون لها أهمية بالغة في التخطيط لشتى المشاريع سواء في سنين السلم أو الحرب على حد سواء. فتصنيف السكان إلى فئات عمرية يمكن من تحديد الخدمات التي تحتاجها كل فئة عمرية وخاصة الخدمات الصحية, فلكل فئة عمرية أمراضها التي تستدعي توفير وسائل الوقاية والعلاج منها.

يظهر التوزيع العمري للسكان أن الشعب الفلسطيني شعب فتي, فالهرم السكاني الفلسطيني هرم ذو قاعدة عريضة ورأس مدبب, فقد شكل السكان دون الخامسة عشرة 45.5% من إجمالي السكان, وشكل كبار السن (65 سنة فما فوق) ما نسبته 3% فقط[1].

وفي محافظة رام الله والبيرة فإن حوالي 61% من مواطني مدينة رام الله و 53% من سكان مخيمات اللاجئين هم ضمن العمر المحدد للعمل (15-64 عاما) مقارنة مع 55% في مدينة البيرة[2], وقد تبين في هذه الدراسة أن أفراد عينة الدراسة تراوحت أعمارهم بين 20 الى65 فاكثر وهذا يعود إلى أن الأفراد الذين تولوا مهمة تعبئة استمارات الدراسة هم ضمن الفئة العمرية (20-65سنة).

1. 3. 3. 2 التركيب النوعي للسكان

يعبر التركيب النوعي عن العلاقات بين عدد الذكور وعدد الإناث بنسبة تسمى نسبة الجنس أو النوع, وتستخرج بتقسيم عدد الذكور على عدد الإناث وضرب الناتج في 100 وهي تختلف من قطر إلى آخر, وكذلك تختلف إقليميا داخل القطر الواحد[3].

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الفلسطيني لصحة الأسرة**، 2006، التقرير النهائي، كانون أول / ديسمبر، 2007، ص28.

[2] معهد الأبحاث التطبيقية (أريج)، **أثر النشاطات العمرانية المختلفة على استخدام الأرض والمجتمعات الفلسطينية في الضفة الغربية**, مرجع سابق, ص 116.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **كتاب فلسطين الإحصائي السنوي رقم 8**، مرجع سابق، ص246.

وقد بلغت نسبة الجنس في الأراضي الفلسطينية 103 ذكر لكل 100 أنثى, أما في محافظة رام الله والبيرة فيبلغ عدد الذكور من جملة السكان حوالي 139607وعدد الإناث حوالي 138211, اي ان نسبة الجنس كانت في المحافظة 101.2 ذكر لكل 100 أنثى[1].

تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الذكور في مجتمع الدراسة يشكلون النسبة الاكبر فقد بلغت نسبتهم في مدن الدراسة 71.2% من اجمالي الافراد في مدن الدراسة,بنما بلغت نسبة الذكور في قرى الدراسة 59.9% من اجمالي الافراد في قرى الدراسة,اما في مخيم الامعري فقد بلغت نسبتهم 72% من اجمالي الافراد في المخيم. وقد جاءت نسبة الذكور مرتفعة في مجتمع الدراسة لان معظم الأفراد الذين قاموا بتعبئة استمارات الدراسة هم من الذكور وخاصة أن الاستمارات كانت توزع في يومي الجمعة والسبت وهي أيام العطل في فلسطين مما يعني وجود الذكور في المنزل وتوليهم مهمة تعبئة الاستمارات. ومقارنة مع محافظة رام الله بلغت نسبة الذكور في المحافظة 47.2% من إجمالي عدد السكان البالغ 279730 نسمة, أما نسبة الإناث في المحافظة فقد بلغت 46.5% من إجمالي السكان وذلك في العام 2007. أما في محافظة نابلس فقد بلغت نسبة الذكور 49.7% من إجمالي عدد السكان البالغ 320830 نسمة حسب إحصائيات عام 2007 السكان, أما نسبة الإناث فقد بلغت 48.6% من إجمالي عدد السكان وذلك في العام نفسه [2].

1. 4 النشاط الاقتصادي في محافظة رام الله والبيرة

تعتبر محافظة رام الله والبيرة من أكثر المحافظات التي ازدهرت وتنوعت وظائفها, فقد نشطت فيها الوظائف الصناعية والزراعية والسياحية والتجارية والتعليمية, وهي تحتل مركزاً حضارياً متميزا بين محافظات الضفة الغربية.

1. 4. 1 الزراعة في محافظة رام الله والبيرة

يعتبر النشاط الزراعي في فلسطين من أهم الأنشطة الإنتاجية, حيث يؤدي دورا رئيسيا في الاقتصاد القومي الفلسطيني من حيث مساهمة الصادرات الزراعية بنصيب هام في التجارة

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008، **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007**، كراس المؤتمر الصحفي لإعلان النتائج الأولية للتعداد (السكان، المباني، المساكن والمنشآت)، مرجع سابق، ص26.

[2] المرجع السابق، ص28.

الخارجية, كما يوفر القطاع الزراعي الكثير من المواد الأولية لمختلف القطاعات الاقتصادية الأخرى, إلى جانب توفير فرص العمل والمساهمة في حل مشكلة البطالة.

ازدهرت الزراعة في محافظة رام الله والبيرة, وقد يعود السبب في ذلك إلى الأموال التي يرسلها المغتربين لذويهم, والتي يستخدموها كثيراً في عملية استصلاح الأراضي وشراء معدات حديثة و استخدام مبيدات وأسمدة.تقوم البلدية بشق الطرق المؤدية إلى الأراضي الزراعية, والمساهمة في توفير المبيدات الحشرية ومحاربة الآفات الزراعية[1].

بلغت مساحة الأراضي المزروعة بمحاصيل حقلية في محافظة رام الله والبيرة عام2007 حوالي40687 دونم, أما الأراضي المزروعة بأشجار البستنة فقد بلغت حوالي 162779 دونم, بينما بلغت مساحة الأراضي المزروعة بالخضراوات حوالي7324 دونم وذلك في العام نفسه[2].

يعتبر الزيتون من أهم المحاصيل الزراعية المنتجة في الأراضي الفلسطينية. يستخدم محصول الزيتون في معظمه لاستخراج الزيت الذي يعتبر مصدرا للغذاء ويدخل في كثير من الصناعات التحويلية. بلغت المساحة الكلية المزروعة بأشجار الزيتون في محافظة رام الله والبيرة حوالي 150426دونم منها قرابة 146592 دونم من الأراضي المزروعة بأشجار الزيتون المثمرة.أما إنتاجية هذه الأراضي فقد بلغت حوالي 140كغم/دونم . بلغ الإنتاج من الزيتون في محافظة رام الله والبيرة حوالي 20523 طن وكان ذلك في العام 2006/2005[3]. بلغ عدد معاصر الزيتون في محافظة رام الله والبيرة 31 معصرة منها 28 معصرة أوتوماتيك[4]. تشتهر قرى الدراسة بزراعة أشجار الزيتون. يستخدم غالبية الإنتاج من ثمر الزيتون لاستخراج الزيت الذي يستهلك جزء منه والباقي يسوق في خارج هذه القرى ليشكل مصدر ثانويا من مصادر الدخل لهذه القرى.

---

[1] نيروز، إبراهيم، مرجع سابق, ص240-235.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **كتاب فلسطين الإحصائي السنوي رقم 8**، مرجع سابق، ص414.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **الإحصاءات الزراعية 2006/2005**, كانون أول / ديسمبر, 2007, ص65.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، النتائج الأساسية، 2008، http://www.pcbs/DesktopModules/Articles/Articlesview تاريخ سحب الملف 12 يونيو 2008.

ومن أكثر المحاصيل الحقلية التي تشتهر بزراعتها المحافظة القمح,حيث بلغ الإنتاج لعام 2006/2005حوالي 3795 طن مقارنة مع محصولي الشعير والحمص حيث بلغ الإنتاج لكـل منهما 1292 طن و118طن على التوالي لنفس العام. وقد بلغت تكـاليف مسـتلزمات الإنتـاج الزراعي من الأسمدة في محافظة رام الله والبيرة 1.343الف دولار, أما المبيدات فقـد بلغـت تكاليفها 666 ألف دولار وذلك في العام 2006/2005[1]. تشتهر قرى منطقة الدراسة بزراعـة محصولي القمح والشعير بينما تقل زراعته في مدن رام الله والبيرة ودير دبوان نظـرا لسـيادة أنشطة اقتصادية أخرى مثل العمل في التجارة والوظائف الحكومية. أما مخيم الامعري فانه من المناطق التي يمكن أن نطلق عليها مناطق متصحرة عمرانيا. فإلى جانب ضيق المساحة التـي يقوم عليها المخيم فان هناك اتجاه نحو إزالة أي نباتات قد توجد أو أشجار قليلة مزروعة قـرب المسكن لاستغلال هذه الأرض للبناء.

من المشكلات التي يعاني منها القطاع الزراعي في رام الله تحول التربة إلـى طـين عندما تتعرض لهطول أمطار غزيرة. كما تعاني من سهولة الانجراف, لطبيعتهـا مـن ناحيـة وطبيعة تضاريس البلدة الجبلية, إلى جانب مشكلة الامتداد العمراني الذي يلتهم مساحات كبيـرة من الأراضي الزراعية[2].إن فقر وقلة خصوبة معظم الترب في المحافظة تدفع المزارعين إلـى استعمال الأسمدة الكيماوية مما يزيد من نسبة التلوث والتي تنتقل إلى الإنسان بطرق مختلفة .

1. 4. 2 الصناعة في محافظة رام الله والبيرة

يعتبر النشاط الصناعي في فلسطين من الأنشطة الاقتصادية التي تساهم بنشاط وفاعليـة في الناتج المحلي الإجمالي وتشغيل الأيدي العاملة.

تعتبر رام الله من أهم المدن الصناعية في فلسطين, وتشهد الصناعة فيها تحسنا ملحوظا وتنوعا واضحا.توجد بها حاليا الكثير من الصناعات مثل صناعة الورق الصـحي والكرتـون والأثاث والمواد الغذائية وعصر الزيتون والصابون والألمنيوم والأدوية والكثير مـن الحـرف اليدوية والتقليدية. ويمكن تقسيمها إلى:

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **الإحصاءات الزراعية، 2005-2006**، مرجع سابق، ص119-139.

[2] نيروز، إبراهيم، مرجع سابق, ص240.

أولا : الصناعات الكيميائية : ففي رام الله أقيمت أولى المصانع الكيميائية وخاصة مصانع الأدوية و المنظفات والصابون ومواد التنظيف والغسيل على مختلف أنواعها.

بلغ عدد منشآت القطاع الخاص والقطاع الأهلي والشركات الحكومية في محافظة رام الله والبيرة والعاملة في صناعة المواد والمنتجات الكيميائية حوالي 22 منشأة[1].

يمكن اعتبار صناعة الأدوية من الصناعات الكيماوية التي تلعب دورا اجتماعيا هاما جدا, فهي تلعب دورا كبيرا في الأمن الدوائي, وفي الصحة العامة للمواطنين . اشتهرت محافظة رام الله والبيرة بصناعة الأدوية, والجدول الآتي يبين لنا التوزيع الجغرافي لمصانع الأدوية في محافظة رام الله والبيرة، وتاريخ تأسيسها.

جدول (7): مصانع الأدوية في محافظة رام الله والبيرة

الشركة	الموقع	سنة التأسيس
المصنع الكيمياوي الأردني	رام الله- بيت لحم	1968
القدس	البيرة- رام الله	1969
الشرقية	البيرة- رام الله	1970
بيرزيت- فلسطين	البيرة- رام الله	1973
جاما	بيتونيا- رام الله	1973
دار الشفاء	بيتونيا- رام الله	1986

المصدر: تجميع الباحثة، 2008.

يتضح من الجدول رقم (7) أن محافظة رام الله والبيرة تشتمل على (6) مصانع للأدوية, مما يؤدي إلى ارتفاع معامل الأمن الدوائي في المحافظة. كما يتضح من الجدول أن مصانع الادوية متوطنة في مدينتي رام الله والبيرة وبتونيا فقط.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح القوى العاملة الفلسطينية**، التقرير السنوي 2006، نيسان / ابريل 2007، ص89.

ثانيا: المناشير والمحاجر

تعتبر صناعة الحجر من الصناعات الهامة في فلسطين, حيث نمت وازدهرت على مر السنين، وتعتبر أحجار البناء من مقالع ومناشير فلسطين من النوعيات المميزة على المستوى العالمي.

يوجد في محافظة رام الله والبيرة حوالي 53 منشارا تشغل مساحة 75050م2. ومن الجدير بالذكر أن هذه المساحة تشمل المساحة المبنية فقط دون تحديد المساحة الفعلية التي يستخدمها المنشار من حيث المساحة المخصصة لوضع الأحجار والصخور ووضع البرك ومكان النفايات التي عادة ما تتكوم بجانب المنشار[1]. في عام 2006م بلغت نسبة العاملين في قطاع التعدين والمحاجر في محافظة رام الله والبيرة 16.4% من إجمالي العاملين في المحافظة[2].

تتواجد مناشير الحجر في أماكن مختلفة في المحافظة. بعضها قريب من التجمعات السكانية, حيث يقع ضمن المناطق السكنية أو على حدودها مثل منشار الحجر في قرية عابود وهذه تبلغ نسبتها 36.5% من إجمالي عدد المناشير, ومنها ما هو بعيد ولكنه يقع في اتجاه النمو العمراني, وتبلغ نسبتها 11.5% من مجمل عدد المناشير, ومنها ما يقع في المناطق الزراعية حيث تبلغ نسبتها 11.4%من إجمالي عدد المناشير, ومنها ما يقع في المناطق الصناعية وتبلغ نسبة هذه الفئة من المناشير 40.4%[3].

يؤدي تواجد المناشير والمحاجر في أماكن سكنية إلى مشاكل صحية, كما يشكل تهديدا للصحة والسلامة العامة للسكان, ومن بين المشكلات التي يعاني منها السكان في المناطق المحيطة بمناشير الحجر الضجيج, ووجود أكوام الصخور حول المنشار مما يشوه المنظر العام, إلى جانب تلوث الهواء من خلال انتشار الغبار مما يؤثر سلبا على صحة الجهاز التنفسي.

---

[1] مصلح، ريم، وفلفل ميسون، 2000، **مناشير الحجر في محافظة رام الله والبيرة: التأثيرات على البيئة والصحة العامة.** معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بيرزيت، فلسطين، ص22–26.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح القوى العاملة الفلسطينية**، مرجع سابق، ص89.

[3] مصلح، ريم، وفلفل ميسون، مرجع سابق، ص22–26.

إن التأثير السلبي لصناعة المحاجر والكسارات ومخلفاتها على البيئة وعناصرها من أهم مخلفات هذه الصناعة, فهي تحدث أضرار على عناصر البيئة وتغير معالم الطبيعة, بالإضافة إلى المخلفات الضارة التي تنبعث منها وتخلفها كالغبار والضجيج والاهتزازات والمخلفات الصلبة والسائلة التي تؤثر على الماء والهواء والتربة وصحة الإنسان. وباستثناء مدينتي رام الله والبيرة وقرية عابود فان بقية مناطق الدراسة لا توجد فيها مناشير للحجر مع العلم أن مدينة دير دبوان كان بها منشار للحجر قبل 4 سنوات إلا انه أغلق لأسباب خاصة بصاحب المنشار.

ثالثا : الصناعات الغذائية والصناعات النسيجية

تعتبر الصناعات الغذائية والنسيجية من الصناعات التقليدية. تقوم الصناعات الغذائية على تجفيف المنتجات الزراعية كالتين والعنب والمشمش. وتقوم على المنتجات الزراعية صناعات غذائية تحويلية تقليدية كصناعة المربى وصناعة عصر الزيتون لاستخراج الزيت. بلغ عدد منشآت القطاع الخاص والقطاع الأهلي والشركات العاملة في صناعة المنتجات الغذائية والمشروبات في محافظة رام الله والبيرة 237 منشاة[1].

يتولد عن الصناعات الغذائية نفايات عضوية سائلة وصلبة, وتحتوي النفايات السائلة على كميات ضئيلة جدا من مبيدات الآفات الناجمة عن غسل الفواكه والخضر مما يشكل تهديدا للصحة والسلامة العامة للبيئة.

أما الصناعات النسيجية في رام الله فترجع بداياتها إلى الجمعيات النسائية التي عملت في هذا المجال ثم تطور هذا العمل ليأخذ شكله التجاري الربحي فظهرت مجموعة من المعامل التي تعنى بهذه الصناعة. بلغ عدد المنشآت العاملة في القطاع الخاص والقطاع الأهلي والشركات الحكومية في صناعة المنسوجات في محافظة رام الله والبيرة 38 منشأة[2].

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007**، المنشآت الاقتصادية، النتائج النهائية، أيار / مايو 2008، رام الله، فلسطين، ص142.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007**، المنشآت الاقتصادية، النتائج النهائية، مرجع سابق، ص143.

تعتبر صناعة المنسوجات من الصناعات الملوثة للبيئة, لما يتولد عنها من مخلفات سائلة وصلبة تحتوي على تركيزات عالية من الألوان العضوية ومواد صباغة متفاعلة, كما تحتوي على معادن ثقيلة تستخدم في تثبيت الألوان في الصباغة. تتركز مصانع الأغذية ومصانع المنسوجات في مدينتي رام الله والبيرة.

رابعا : صناعات أخرى

مثل الورش ومحلات الصناعة الصغيرة من حدادة ونجارة وميكانيكا وكهرباء وغيرها، ومعامل دبغ الجلود ومعامل للحلاوة المصنوعة من السمسم ومعامل الشوكولاتة والبسكويت ومعامل أحذية ومعامل صابون ومعامل لصنع الغاز وتعبئته بالعبوات وغيرها، كما يوجد في المحافظة عدة مطابع ومكتبات وهذه تشكل مخلفاتها الصلبة والسائلة إشكالات كبيرة للبيئة لما لها من تأثيرات سامة على البيئة. تنتشر في مناطق الدراسة ورش مثل محلات النجارة ومحلات الحدادة ومحلات أشغال الألمنيوم, ويتميز مخيم الامعري عن غيره من مناطق الدراسة بكثرة وجود ورش لتصليح السيارات.

1. 5 النقل والمواصلات

يعد قطاع النقل والمواصلات من القطاعات الهامة التي تسهل انتقال السكان والبضائع داخل الدولة وخارجها. يشكل العاملون في قطاع النقل والمواصلات في فلسطين حوالي 5.8% من مجموع القوى العاملة الفلسطينية[1]. ويعد النقل البري – السيارات بمختلف أشكالها – الشكل الوحيد المتوفر للنقل البري في محافظة رام الله والبيرة.

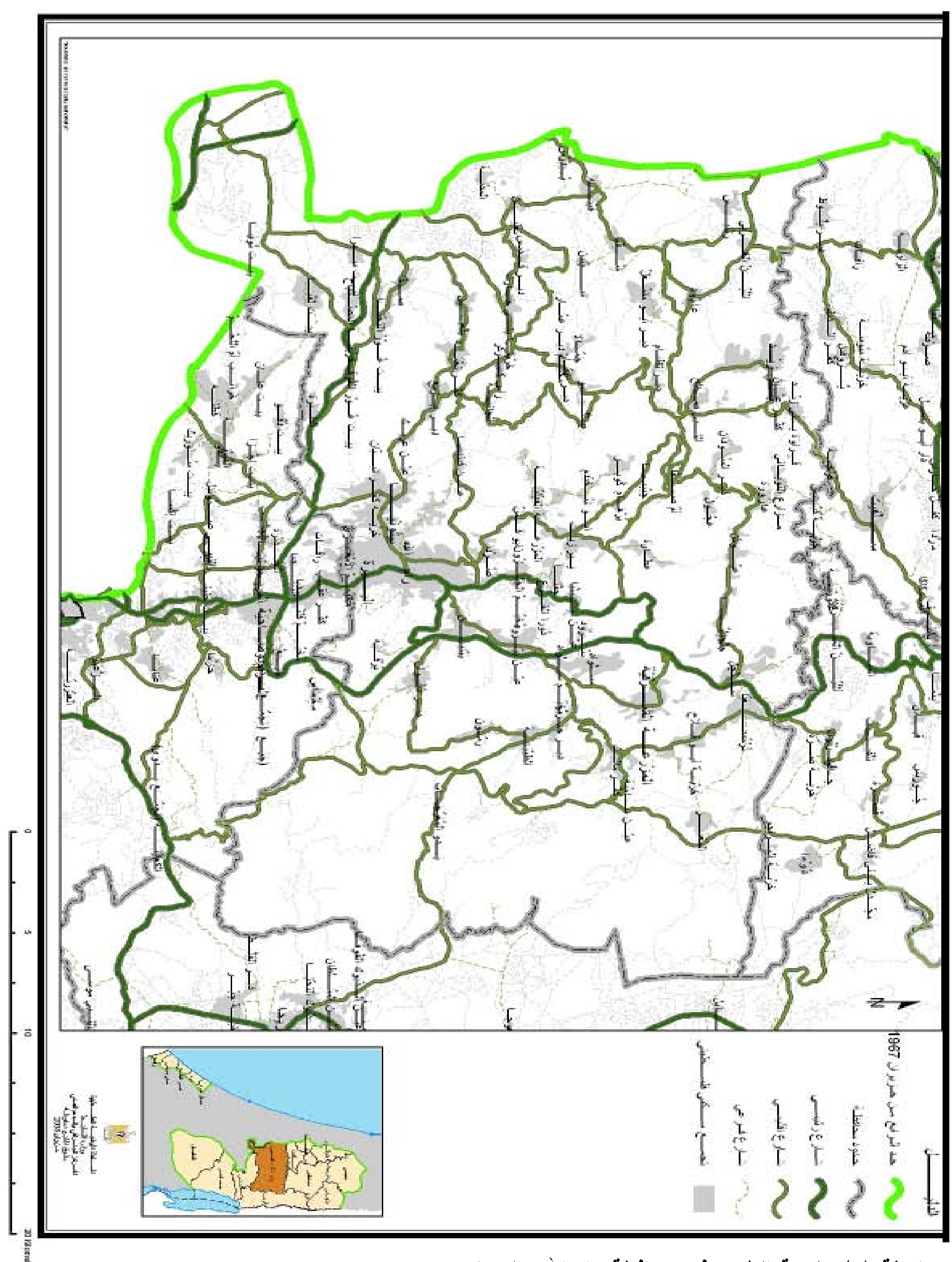
وقد تبين من خلال الدراسات المرورية أن معدلات أحجام المرور اليومية في منطقة رام الله والبيرة الحضرية تراوح ما بين 21000 مركبة في اليوم على شارع نابلس – القدس في مقطعه الجنوبي إلى 16000 مركبة في اليوم في مقطعه الشمالي. فيما وصلت أحجام المرور اليومية في شارعي الإرسال ويافا إلى 8400 مركبة في اليوم[2]. وبناء على هذه النتائج يمكن تصور الاستهلاك الكبير لمختلف المركبات من الوقود ومستوى التلوث الناتج عنها, ولهذا كله

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح القوى العاملة الفلسطينية**، مرجع سابق، ص89.

[2] الساحلي، خالد وأباظة، أسامة، 2006، أثر الازدحام المروري ومواصلات النقل العام على التلوث الجوي. مركز السلامة على الطرق وسلامة البيئة "مرور"، أبو حبيب للطباعة والتصميم، البيرة، فلسطين، ص61-127.

تنتشر في شوارع وسط مدينتي رام الله والبيرة روائح الغازات المنبعثة من عـوادم السـيارات بشكل واضح, وخاصة المركبات التي تدار بواسطة السولار (مركبات النقل العام), كل هذا يؤثر سلبا على البيئة وصحة الإنسان.



خارطة (7): شبكة الطرق في محافظة رام الله والبيرة

المصدر: وزارة التخطيط- المركز الجغرافي الفلسطيني, رام الله, فلسطين, 2008.

يوجد في محافظة رام الله والبيرة أربعة أنواع من الطرق الداخلية هي:

– نظام الطرق الشرياني (الرئيسي) : ولها قدرات استيعابية عالية, وهي تصل مناطق التجمعات السكانية بمركز المدينة, وهذه يبلغ طولها حوالي (49,1 كم).

– نظام الطرق المجمع (الإقليمي) : وهي الطرق الرئيسية في كل حي, وتصل مناطق السكن بمركز المدينة أيضا, ويبلغ طولها قرابة(76,1 كم).

– نظام الطرق المحلي: وهي الطرق داخل الأحياء وتخدم الحركة اليومية للسكان, ويبلغ طولها قرابة (415,6 كم).

– نظام الطرق الزراعية والطرق الالتفافية : وهي طرق غير معبدة في الغالب, ويبلغ طولها حوالي (1550,0كم).

تعتبر الطرق الزراعية والطرق الالتفافية التي اجبر الفلسطينيون على استخدامها نتيجة سياسات قوات الاحتلال الإسرائيلي من أطول أنواع الطرق في المحافظة, وهي طرق غير معبدة وفي حالة هندسية لا تلائم القيادة, وتحول دون ارتفاع معامل الأمان على هذه الطرق مما يسبب وقوع الحوادث التي تلحق الضرر بصحة وسلامة السكان. تختلف مناطق الدراسة في بعض الخصائص المرتبطة بالطرق. تعتبر مدن رام الله والبيرة ودير دبوان من أكثر مناطق الدراسة التي تتميز بوجود طرق معبدة وفي حالة جيدة تربط أجزاء كل مدينة مع بعضها البعض من جهة ومن جهة أخرى تربط هذه المدن مع غيرها من المناطق سواء في داخل محافظة رام الله أو خارجها. أما قرى منطقة الدراسة فتتفاوت في خصائص طرقها. فقرية عارورة تفتقر لوجود طريق عام يمر عبر تجمعها السكاني, حيث يبعد الطريق العام عن تجمعها السكاني حوالي 10 كم, كما تعتبر طرقها الداخلي المعبدة والتي بلغ طولها حوالي 10في حالة غير جيدة. أما قرية عابود فتعتبر من القرى التي تتمتع بطرق معبدة وبحالة جيدة تربطها من خلال مرور طريق عام عبر أراضيها يوصلها بمدينتي رام الله والبيرة وبير زيت. بلغ أطوال الطرق الداخلية في قرية عابود 5كم. تتميز قرية دورا القرع بمرور طريق عام عبر أراضيها. معظم الطرق الداخلية في قرية دورا القرع معبدة وبحالة جيدة وهذه يبلغ طولها حوالي 4كم. تعتبر قرية بلعين من قرى الدراسة التي لا يمر طريق عام عبر أراضيها بل تبعد عنه مسافة تبلغ حوالي 3كم.

تفتقر قرية بلعين لطرق معبدة بحالة جيدة. أما مخيم الامعري فيتميز بمرور الطريق العام مـــن تجمعه السكاني. بلغت أطوال الطرق الداخلية لمخيم الامعري حوالي 2كم وهي عبارة عن طرق معبدة ولكنها في حالة سيئة.

الفصل الثاني

المؤثرات البيئية للأمراض

2. 1 مقدمة

تتعدد وتتنوع العوامل التي تؤثر في انتشار الأمراض, سواء كانت عوامل وراثية طبيعية أو عوامل بشرية. يؤثر الإنسان و يتأثر بالبيئة, فهو خاضع لتأثير البيئة التي يعيش فيها, وفي نفس الوقت فان للإنسان تأثير قوي على عناصر البيئة الطبيعية, إلا أن مدى تأثير الإنسان على البيئة الطبيعية يعتمد بشكل رئيسي على مدى تقدمه العلمي والتقني ونوعية النشاط الذي يمارسه. يمكن إرجاع أسباب إصابة الإنسان بكثير من الأمراض إلى النتائج المترتبة على تأثير الإنسان على البيئة الذي تعاظم في الآونة الأخيرة نتيجة للثورة العلمية والتكنولوجية التي مكنته من التوسع العمراني والصناعي والزراعي وما ينتج عن هذه الأنشطة من مخلفات تؤثر سلبا على الإنسان وصحته والنتيجة هي انتشار كثير من الأمراض هذا إلى جانب العوامل الوراثية الطبيعية التي لا يمكن تجاهلها كمسببات لكثير من الأمراض. ولا يمكن إرجاع مرض ما إلى سبب واحد بعينه فكثير من الأمراض التي تصيب الإنسان تنتج عن تداخل عوامل وراثية وطبيعية وبشرية.وفي هذا الفصل سيتم الحديث عن بعض المؤثرات البيئية التي تؤثر في إصابة الإنسان بالأمراض.

2. 2 العوامل الطبيعية

تلعب العوامل الطبيعية دورا لا يستهان به في إصابة الإنسان بالكثير من الأمراض. ومن هذه العوامل الموقع الجغرافي والفلكي والدور الذي يلعبه في تسهيل إصابة الإنسان بالأمراض واعتلال الصحة. كما أن المناخ وخاصة درجات الحرارة والرياح والرطوبة من العوامل الطبيعية التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض. فاختلاف عناصر المناخ عبر الفصول يؤدي إلى إصابة الإنسان بأمراض أصبح من السهل تمييزها وتصنيفها حسب الفصل الذي تسود فيه.

2. 2. 1 الموقع الفلكي والجغرافي

يؤثر الموقع الفلكي (موقع المنطقة بالنسبة لخطوط الطول ودوائر العرض) على الصحة لما له من علاقة وطيدة مع المناخ الذي يؤثر بدوره على توزيع الأمراض. بحيث تنتشر بعض الأمراض في العروض المدارية مثل الكوليرا والبلهارسيا والملاريا, بينما ينتشر بعضها الآخر مثل لين العظام والنزلات الشعبية في العروض الباردة[1].

يعتبر الموقع الجغرافي من العوامل المؤثرة في انتشار الأمــراض. فموقــع أي مكــان جغرافيا بالقرب من المناطق التي تتوطن فيها الأمراض المعدية, يشكل تهديدا لصحة سكانه, لذا من الضروري فرض رقابة صحية دقيقة على الحدود تخضع القادمين من الخارج لفحوصــات طبية للتأكد من سلامتهم حتى لا يكونوا سببا في نقل الأمراض.

تتمتع فلسطين بموقع استراتيجي هام, حيث أنها تقع في قلب العالم القديم وتشكل حلقــة وصل بين الشرق والغرب والشمال والجنوب, كما تتمتع فلسطين بمكانة دينية هامة, فهي تشكل مهبط الديانات السماوية الثلاث: اليهودية, المسيحية والإسلام, لذلك يفــد النــاس إلــى أماكنهــا المقدسة من مختلف الديانات لإقامة شعائرهم الدينية, مما يفتح المجال للاختلاط بين الــزوار – الذين قد يحملون الأمراض– وبين السكان المحليين, مما يساعد على انتشار بعض الأمراض.

تتمتع محافظة رام الله والبيرة بموقع متوسط اكسبها أهمية فائقة, فهو للضــفة الغربيــة بمثابة القلب للإنسان, حيث يقع إلى شمالها محافظات نابلس وجنين وطــولكرم والــى جنوبهــا وشرقها محافظات القدس و بيت لحم وأريحا والخليل. ولهذا تستقبل رام الله كثيرا من الأفــراد والجماعات التي يفدون إليها في مختلف المواسم.

تعتبر رام الله العاصمة الاقتصادية للضفة الغربية حيث تشهد تنوعا كبيرا في الوظائف والأنشطة الاقتصادية, لذلك تفتح أبوابها أمام المهاجرين من مختلف المدن الفلسطينية للعمل فيها, مما يعرضها إلى ضغط سكاني كبير و ضغط على المرافق والخدمات. كما تفتح رام الله أبوابها للقادمين إليها من كل حد وصوب خصوصا في ساعات النهار, حيث تكتظ شــوارع المحافظــة

---

[1] شرف, عبد العزيز طريح, مرجع سابق, ص51

بأعداد السيارات الكبيرة التي تصل إليها يوميا من مختلف أنحاء الضفة الغربية, إضـــافة إلـــى الأعداد الكبيرة من السيارات التي توجد داخلها, كل ذلك يقودنا إلى إمكانيـــة انتشـــار وتفشـــي الأمراض في المحافظة بين الوافدين والمهاجرين إليها سواء الذين هاجروا إلى المدينة واستقروا فيها أو الذين يهاجرون إليها هجرة مؤقتة أو من خلال رحلات العمل اليومية.

2. 2. 2 المناخ

أثبتت دراسات كثيرة أن غالبية الأمراض البشرية لها علاقة بالجو والمنـــاخ، فـــبعض الظروف الجوية تسبب أمراضاً معينة، وبعضها يساعد على ظهور أمراض موجودة في الإنسان فعلاً. كما أن تباين الظروف الجوية عبر فصول السنة له تأثير على صحة الإنســـان ونوعيـــة الأمراض التي يمكن أن يصاب بها, حتى صارت الأمراض توصف بأسماء الفصول كأمراض الصيف مثل: الإسهال وضربات الشمس, وأمراض الشتاء مثل: الإنفلونزا, وأمراض الربيع مثل الرمد الربيعي.

لا يقتصر تأثير المناخ على شخص دون الآخر, وإنما يقع على البشر بـــدون اســـتثناء, ومع ذلك فان تأثيره قد يختلف من شخص إلى آخر حسب بعض المتغيرات مثل العمـــر ومـــا يرتبط به من مناعة وقدرة على المقاومة, ونوع العمل ومدى التعود على نوع معين من المناخ.

تعتبر درجة الحرارة من أكثر العناصر المناخية التي لها تأثير مباشر محســـوس علـــى صحة الإنسان, فارتفاع درجات الحرارة أو انخفاضها تؤثر في الظروف الصحية وقـــد تكـــون سبباً أساسياً في اعتلال الحالة الصحية.إن ارتفاع درجة الحرارة يفقد البيئـــة الداخليـــة للجســـم توازنها الداخلي، مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية عصبية مثل الشعور بالضيق والتعب وزيادة نسبة الحوادث نتيجة الإجهاد وسوء العلاقات والتعاملات بين الأفراد، كما يؤثر ارتفاع الحرارة على وظائف الجسم، مثل ارتفاع ضغط الدم وزيادة إفراز العرق وسوء الهضم[1].

ومثلما يؤثر ارتفاع درجة الحرارة على صحة الإنسان فان انخفاضـــها يـــؤثر أيضـــا, وخصوصا عند بعض الفئات التي لم تتعود على انخفاض درجة الحرارة بشكل مستمر ودائـــم.

[1] الصفدي، عصام حمدي، 2001، **مبادئ علم وبائيات الصحة**. الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعـــة، عمان، الأردن، ص202-203.

تشير العديد من الدراسات في المناطق والدول التي ينتشر فيها البرد وتـنخفض فيهـا درجة الحرارة إلى حدوث أمراض القلب والسكتة القلبية وأمراض الأوعية الدمويـة وحـدوث مشاكل أمراض القلب عند انخفاض درجة الحرارة و التي تنتج من تغيرات في تركيـب الـدم والتي يلاحظ أنها تحدث في فصل الشتاء حيث سرعة تخثر الدم وتجمع الصفائح في الأوعيـة الدموية وتضييقها للتقليل من فقدان الحرارة[1].

يقلل ارتفاع درجة حرارة الهواء من كثافته، فتنشا حركة تصاعدية له نحو الأعلى وهذا يؤدي إلى انتشار الملوثات شاقولياً، مما يقلل من توزيع ضررها، بينما عندما تـنخفض درجـة حرارة الهواء فإنه يؤدي إلى هبوط الهواء وسيادة حالة ركود جوي، وبذلك تتركـز الملوثـات بالقرب من سطح الأرض مما يزيد من ضررها وتكون سببا في انتشار قائمة من الأمـراض[2].

تعتبر الرطوبة من عناصر المناخ التي تؤثر في صحة الإنسان و التي يمكن أن تكـون سببا في الإصابة ببعض الأمراض, فالرطوبة المرتفعة التي تصاحبها الحرارة العالية تزيد من توصيل الحرارة من الجو إلى الجسم وفي نفس الوقت تحول دون التبخر, مما يجعل الجسـم لا يبرد بسرعة وتصبح حرارته مزعجة وبالتالي الشعور بالإجهاد والتعب والاضطرابات النفسية[3], كما أن الجو الرطب يساعد على نمو البكتيريا والجراثيم التي لهـا دور فـي انتشـار بعـض الأمراض.

وفي محافظة رام الله يعتبر شهري تموز وآب أكثر شهور السنة حرارة, كمـا يعتبـر شهري كانون الثاني وشباط ابرد شهور السنة. أما بالنسبة لمناطق الدراسة فان مدينتي رام الله والبيرة تتميز باعتدال درجات الحرارة التي بلغ معدلها في سنة 2007 حـوالي 17,1 درجـة مئوية[4]. أما مدينة دير دبوان وقرية دورا القرع ومخيم الامعري فترتفع درجة الحـرارة قلـيلا مقارنة مع مدينتي رام الله والبيرة بفارق حراري يتراوح بين 1−2 درجة مئوية وهـذا مـرتبط باختلاف الارتفاع عن سطح البحر, حيث أن كل 100 متر ارتفاع عن سـطح البحـر يعنـي

---

[1] جعفر، غسان، 2005، **الجلطة وأمراض القلب والأوعية الدموية**، دار الحرف العربي للطباعـة والنشـر والتوزيـع، بيروت، لبنان، ص79.

[2] وهبي، صالح، 2001، **الإنسان والبيئة والتلوث البيئي**. الطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق، سوريا، ص123.

[3] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص72.

[4] وزارة النقل والمواصلات, هيئة الأرصاد الجوية, **النشرة المناخية للعام 2007**, مرجع سابق.

انخفاض في درجة الحرارة حوالي درجة مئوية واحدة. وفي قريتي عابود وعارورة فان درجات الحرارة ترتفع مقارنة مع مدينة رام الله حيث هناك فارق حراري مقداره 4 درجات بسبب فارق الارتفاع بين المنطقتين. وهذا ينطبق أيضا على قرية بلعين التي تتميز بوجود فـــارق حـــراري مقداره 5 درجات مئوية بينها وبين مدينة رام الله. أما الرطوبة النسبية فقد بلغ المعدل الشـــهري العام لها في مدينة رام الله 73% وذلك في العام 2007[1]. وفي مناطق الدراسة تعتبر قرتي بلعين وعابود من أكثر المناطق رطوبة نظرا لاقترابهما من البحر المتوسط. إلى جانب انخفاضهما عن سطح البحر مما يعني ارتفاع درجات الحرارة التي تتناسب طردا مع التبخر الذي بدوره يزيـــد من معدلات الرطوبة في الهواء.

تعتبر الرياح من عناصر المناخ التي تؤثر على صحة الإنسان وأحواله النفسية. فهي من أهم وسائل نشر الأمراض المعدية، من خلال نقلها للملوثات من أماكن تصاعدها إلـــى أمـــاكن أخرى. يرتبط انتقال الملوثات بواسطة الرياح بطبيعة حركـــة الريـــاح واتجاههـــا وســـرعتها, فالمناطق المواجهة للرياح السائدة أكثر عرضه للملوثات من المناطق الواقعة عكس مهب الريح، وكلما زادت سرعة الرياح ساعدت على انتشار وانتقال الملوثات إلى مناطق أبعد وبالتالي تقـــل كثافتها، بينما عندما تكون الرياح قليلة السرعة فإن معظم الملوثات ستتركز بالقرب من مصـــدر التلوث وبذلك يشتد تركزها وضررها في المنطقة القريبة.

وكثيرا ما تكون الرياح القوية سببا في التخريب والتدمير على نطاق واسع إذا ما كـــان هبوبها بشكل عواصف قوية أو أعاصير, وإذا كانت مصاحبة لأمطار غزيرة فإنها تؤدي إلـــى حدوث فيضانات مدمرة تصاحبها خسائر في الأرواح والممتلكات، كما تؤدي العواصف الرملية والترابية إلى تلويث الجو وزيادة أمراض الحساسية مثل الربو وبعض أمراض العيون[2].

تؤثر الأتربة والرمال التي تحملها الرياح على الجهاز التنفسي مما يؤدي إلـــى حـــدوث نقص في كمية الأكسجين التي يحصل عليها الجسم وقد تؤدي الى الاختناق وحتى التسمم. وهناك مرضى يحتاجون إلى عناية خاصة أثناء هبوب الرياح مما يستدعي إدخالهم إلى المستشفيات و

---

[1] وزارة النقل والمواصلات, هيئة الأرصاد الجوية, **النشرة المناخية للعام 2007**, مرجع سابق.

[2] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق, ص65.

بالذات الأطفال المصابين بالربو, وهنالك مرضى يستخدمون البخاخات التي تقوم بتوسيع الجهاز التنفسي بشكل يسمح بدخول الأكسجين المضخوخ[1].

تشهد منطقة رام الله هبوب الرياح الشرقية الجافة صيفا وهي من أصل صحراوي, حيث تكون محملة بالأتربة و الرمال مما يساعد على انتشار بعض الأمراض خاصة الأمراض الصدرية والتنفسية. كما تشهد هبوب رياح جنوبية غربية ماطرة ورياح شمالية شرقية باردة جافة في فصل الشتاء. يسيطر على قرية عارورة الرياح الغربية التي تهب من الجهة الغربية المكشوفة. كما تهب على قريتي عابود وبلعين أيضا رياح غربية إلى جانب هبوب الرياح الجنوبية على قرية عابود. أما قرية دورا القرع فتهب عليها رياح شرقية تقدر سرعتها ب17 كلم/الساعة.ولا يختلف مخيم الامعري عن مدينتي رام الله والبيرة كثيرا في سرعة واتجاه الرياح التي تهب عليه. إن اختلاف تأثر هذه المناطق بالرياح الهابة عليها يعود إلى موضع كل قرية أو بلدة ومظاهر السطح المحيطة بها .

2. 3 العوامل البشرية

تتعدد العوامل البشرية التي لها علاقات قوية بالمشكلات الصحية للإنسان, وهذه العوامل تتشابك وتتداخل مع بعضها البعض بحيث يصعب التمييز بينها من حيث درجة تأثيرها على صحة الإنسان. ويمكن أن نتناول بالحديث بعض هذه العوامل :

2. 3. 1 الصفات الوراثية

يعتبر عامل الوراثة من العوامل المسؤولة عن الإصابة بعدد كبير من الأمراض والتشوهات الجسمية. تنتقل الصفات المتوارثة عن طريق الجينات والتي تلعب الدور الأهم في زيادة الاستعداد للمرض أو إنقاصه، مثل زمرة الدم (و) وارتباطها بقرحة الاثنى عشر، وزمرة الدم (أ) وارتباطها بسرطان المعدة أو مرض البول السكري، وهذه الأمراض الوراثية تنتقل من الآباء إلى الأبناء[2].

---

[1] غالب, مشتاق, 2005, **هبوب العواصف الترابية أثر بشكل سلبي على الانتاج الزراعي**, جريدة كل العراق, www.kululiraq.com/modules.php?name=News&file=article&sid=29881-23k, 4 آب 2007

[2] الصفدي، عصام حمدي، مرجع سابق، ص17.

تعتبر التلاسيميا احد أنواع الأمراض الوراثية الموجودة في فلسطين الناتجة عن زواج الأقارب حيث يوجد 650 مريض يعانون من التلاسيميا في فلسطين و هناك 120000 شخص حامل للمرض أي ما بنسبة 4% من عدد سكان الضفة والقطاع[1]. لكن بعد تطبيق إلزامية المقدمين على الزواج إجراء الفحص الطبي قبل الزواج والذي يطبق منذ عام 2000 أدى ذلك إلى انخفاض في الحالات المرضية من 3% إلى اقل من 1% من عدد المرضى[2].

2. 3. 2 الأساس الاقتصادي

يعتبر الأساس الاقتصادي من العوامل البشرية الرئيسة التي تتدخل في الأحوال الصحية, سواء على مستوى الأفراد أو على مستوى الدول والشعوب, لأنه هو الأساس المسؤول عن توفير الخدمات الطبية بمختلف أشكالها لمختلف الحالات المرضية, ورفع مستويات الحياة المعيشية والاجتماعية والحضارية والتعليمية, هذا ويشتمل الأساس الاقتصادي على عدد من المتغيرات منها التركيب الاقتصادي, الإعالة, البطالة والحالة السكنية.

2. 3. 2. 1 التركيب الاقتصادي

تؤثر طبيعة العمل وبيئته على صحة الإنسان، حيث يتعرض العاملون في أي مهنة إلى الإصابة بالأمراض الشائعة، ولكنهم قد يتعرضون أيضا للإصابة بأمراض خاصة بالعمل، لذلك ظهر ما يسمى بالمرض المهني.

يعرف المرض المهني بأنه المرض الذي ينتج عن القيام بعمل ما أو يكون المرض كامناً في الجسم فيساعد مثل هذا العمل على إثارته. ومن هذه الأمراض مرض التحجر الرئوي، وهو من الأمراض الغبارية التي يصاب بها العاملين في صناعات مثل الفخار وقطع الأحجار وتكسيرها[3].

[1] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2003، يوليو 2004، ص 69.

[2] نشرة صادرة عن جمعية أصدقاء مرضى الثلاسيميا في فلسطين، رام الله، 2003.

[3] الصفدي، عصام حمدي، مرجع سابق، ص193–212.

يتعرض العاملون في صناعة الأثاث لغبار الخشب والضوضاء الناتجة عن تشغيل آلات النشر ودق المسامير وبالتالي الإصابة بأمراض مثل الربو الشعبي والتهاب الشـــعب الهوائيـــة المزمن والتهاب الأغشية المخاطية للأنف والتهاب ملتحمة العين[1].

كما تعتبر صناعة الدواء من الصناعات التي لها انعكاساتها على صحة العاملين فيها، لذا يمكن القول أن الدواء سلاح ذو حدين، فبينما يعتبر الدواء بالنسبة للمستهلك طريقة للعلاج مـــن الأمراض و الشفاء منها، فهو في نفس الوقت مصدر للإصابة بالأمراض للعاملين في صناعته.

يتعرض العاملون في مصانع الأدوية أثناء الصناعة لأحماض كاوية وغازات ســـامة، فمثلاً مادة الانتيفيرين التي تدخل في تركيب أدوية الصداع، يتعرض العمال عنـــد تحضـــيرها لأدخنة حمض الخليك المركز والذي يسبب التهابات جلدية, كما يتعرضـــون لأبخـــرة الانيلـــين المؤثرة على الجهاز العصبي[2].

وتشير الدراسات إلى أن احتمال الإصابة بأنواع معينة من السرطان تزداد بين العاملين في صناعات معينة, فمثلا يتعرض المشتغلون في صناعة البلاستيك والمعادن للإصابة بسرطان الكبد نتيجة لتعرضهم للمواد المستخدمة في هذه الصناعة مثل الزرنيخ وكلوريد الفينيـــل[3]. كمـــا يتعرض العاملون في مناجم الفحم ومصانع الصباغة والمطاط والأحذية الجلدية والنسيج وفـــي أعمال رصف الطرق للإصابة بأنواع مختلفة من السرطان[4].

مارس سكان محافظة رام الله والبيرة العديد من الحرف منذ القدم منها الزراعة وتربيـــة الماشية, كما اشتغل السكان في الصناعة . توجد حاليا في محافظة رام الله والبيرة العديـــد مـــن الصناعات مثل صناعة الأغذية، وهذه يتولد عنها نفايات عضوية سائلة يمكن أن تحتوي علـــى كميات ضئيلة من مبيدات الآفات الناجمة عن غسل الفواكه والخضار, ونفايات صلبة تسهم فـــي انتشار الأمراض . كما تشتهر مدن المحافظة بصناعات أخرى مثل صناعة الملابس والـــورق الصحي والكرتون والصابون والألمنيوم وهذه الصناعات لها انعكاساتها علـــى البيئـــة وصـــحة

---

[1] سليم، سمير رجب، 1996، **الصحة المهنية.** الجزء الثاني، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، ص57-58.

[2] سليم، سمير رجب، 1996، **الصحة المهنية.** الجزء الأول، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، ص73.

[3] سليم، سمير رجب، **الصحة المهنية.** الجزء الثاني، مرجع سابق، ص84.

[4] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق, ص131

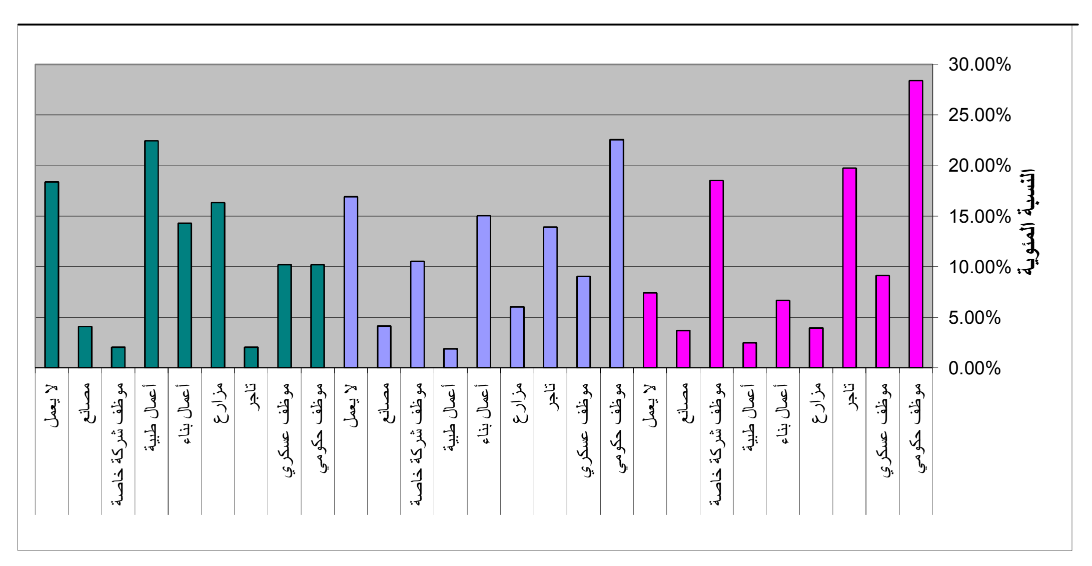
الإنسان لما يتخلف عنها من غازات وأبخره تلوث الهواء، ونفايات صلبة وسائلة تلوث التربة والماء.ومن الصناعات التي تسود في محافظة رام الله والبيرة صناعة الأحذية، وهذه تستخدم فيها طائفة من المواد الخطرة و يتولد عن هذه الصناعة مجموعة من النفايات الخطرة مثل الزرنيخ.

تشير نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة بين متغير مهنة الأب ومتغير الإصابة بالأمراض (متغير تابع) في كل من مدن الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 28.965 عند مستوى الدلالة0.0001 وهي دالة احصائيا,كما اظهرت نتائج الدراسة ايضا وجود علاقة بين المتغيرين في قرى الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 35.260 عند مستوى الدرالة 0.0001 وهي دالة احصائيا,اما في مخيم الامعري فلا يوجد علاقة بين المتغيرين حيث بلغت قيمة مربع كاي 8.197 عند مستوى الدلالة 0.414وهي غير دالة احصائيا,كما تشير المتائج ايضا الى ان النسبة الاكبر من ارباب الاسر في كل من مدن وقرى الدراسة تعمل في الوظائف الحكومية وهؤلاء شكلوا ما نسبته 28.4% من اجمالي ارباب الاسر في مدن الدراسة و22.5% من اجمالي ارباب الاسر في قرى الدراسة,اما في مخيم الدراسة فالنسبة الاكبر من ارباب الاسر تعمل في المجالات الطبية وهؤلاء شكلوا ما نسبته 22.4% من اجمالي ارباب الاسر في مخيم الدراسة. وقد توصل الباحث محمد مدحت جابر في دراسته عن مرض السرطان في الخليج العربي إلى وجود علاقة بين التركيب الحرفي والمهني وبين الإصابة بأمراض السرطان[1], هذا ولم تتوصل الباحثة صبرة في دراستها عن الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس إلى وجود علاقة بين مهنة الأب والإصابة بالأمراض, وأرجعت ذلك إلى ارتفاع نسبة العاطلين عن العمل في محافظة نابلس[2].

---

[1] جابر، محمد مدحت، 1988، **مرض السرطان في دول الخليج العربية: دراسة في الجغرافيا الطبية.** مجلة رسائل جغرافية، قسم الجغرافيا، جامعة الكويت، العدد 113.

[2] صبرة، رنا أمين، 2003، **الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس: دراسة في الجغرافيا الطبية.** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، ص119.



الشكل (1): توزيع السكان في مجتمع الدراسة حسب مهنة الأب

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

2. 3. 2. 2 البطالة

البطالة بوجه عام هي تعبير عن قصور في تحقيق الغايات من العمل في المجتمعات البشرية[1]. وتعد البطالة السبب الرئيسي لنشوء ظاهرة الفقر. وهي ذات تأثير كبير على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية للشعب الفلسطيني. تؤثر البطالة التي تؤدي إلى الفقر على مؤشرات صحية مثل الصحة الإنجابية والصحة البيئية والخدمات الصحية المقدمة للسكان بشكل عام. كما يعتبر الفقر وسوء التغذية من مخرجات البطالة التي تؤثر على الصحة من خلال تدني مستوى صحة بيئة المسكن وانخفاض مستوى النظافة الشخصية وعدم الحصول على الغذاء الصحي اللازم للوقاية من الأمراض.

ونظرا للإجراءات الإسرائيلية المجحفة بحق الشعب الفلسطيني منذ بداية انتفاضة الأقصى في أواخر شهر أيلول 2000 والمتمثلة في الاغلاقات وفرض الحصار الشامل على الأراضي, الفلسطينية ومنع التنقل بين المحافظات, كل ذلك أدى إلى ارتفاع معدلات البطالة وفقدان كثير من الأسر لمصدر دخلها.

---

[1] البدراني, بادي, 2 مارس 2007, وزارة الاقتصاد والتخطيط تحذر من التهاون في ظاهرة الفقر وتؤكد على ان البطالة سبب رئيسي لنشوئها, جريدة الرياض اليومية, العدد 4130, www.alriyadh.com/2007/03/02/article229032.html-31k, تموز 2007

اثر ارتفاع نسبة البطالة سلبا على مستوى المعيشة في الأراضي الفلسطينية, فقد ارتفعت نسبة البطالة في الأراضي الفلسطينية بشكل طفيف من 23.5% في عام 2005 إلى 23.6% في عام 2006[1]، وقد سجلت أعلى نسبة للبطالة في محافظة بيت لحم (17%)، فيما سجلت أدنى نسبة للبطالة في أريحا والأغوار (8.7%)، أما في محافظة رام الله فقد بلغت نسبة البطالة (11,2%)[2]. وفي قطاع غزه كانت أعلى نسبة للبطالة في دير البلح (35.1%) وأدنى نسبة للبطالة في محافظة غزة (26.8%)،[3]. وفي هذه الدراسة ومن خلال الإجابة على سؤال مهنة الأب, تبين ارتفاع نسبة العاطلين عن العمل من ارباب الاسر في المخيم حيث شكل هؤلاء ما نسبته 18.3% من اجمالي ارباب الاسر في المخيم مقارنة مع 7.4% من اجمالي ارباب الاسر في مدن الدراسة و16.9% من اجمالي ارباب الاسر في قرى الدراسة.يمكن ارجاع ارتفاع نسبة العاطلين عن العمل في المخيم الى الفقر السائد وانخفاض القدرة الشرائية للسكان وعدم استقرار الاوضاع الامنية في المخيم مما لا يشجع على فتح مشاريع استثمارية يمكن ان توفر فرص عمل للسكان[4].

وارتباطاً بالبطالة فان معدل الفقر سيزداد وتتفاقم حدته. لان من الحقائق المعروفة أن الفقر والمرض و الجهل تمثل دائرة التخلف. ويمثل الفقر نقطة ارتكاز لكل من المرض والجهل اللذين يمكن أن يختفيا بسهولة في حالة اختفائه.

يعرف الفقر بأنه غياب الحد الأدنى من الدخل أو الموارد لتلبية الحاجات الأساسية[5]. وقد بلغت نسبة الفقر بين الأسر الفلسطينية 66.0 % خلال العام 2005, بواقع 22.3% في الضفة الغربية و43.7% في قطاع غزة, كما تبين أن حوالي 18.1% من اسر الأراضي الفلسطينية

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح القوى العاملة الفلسطينية**، مرجع سابق.

[2]. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2008. **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-2007** : النتائج النهائية للتعداد في الضفة الغربية – ملخص (السكان والمساكن).مرجع سابق, ص46.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المراقب الاقتصادي والاجتماعي**، العدد 5، أيار 2006، رام الله فلسطين، ص21.

[4] نتائج تحليل استبانة الدراسة.

[5] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **كتاب فلسطين الإحصائي السنوي رقم (8)**، مرجع سابق، ص354.

تعاني من الفقر الشديد (المدقع)[1], مما يؤدي إلى انخفاض معامل الحصول على أدوات ووسائل الوقاية من الأمراض.

2. 3. 2. 3 الحالة السكنية

تعتبر الحالة السكنية من مكونات البيئة الايكولوجية, وتعد من الموضوعات الهامة عند دراسة موضوعات تتعلق بالمستوى الصحي, لان بيئة المسكن لها أثرها على الوضع الصحي للأفراد, فالمساكن التي تفتقر إلى الخدمات الأساسية مثل المياه النقية والصرف الصحي الجيد, التهوية الكافية والأسلوب الصحي للتخلص من النفايات, لا تعتبر مساكن صحية مناسبة للسكن والحياة, وهي تشكل مصدرا للإصابة بالعديد من الأمراض. لذا يمكن القول أن المسكن الصحي يعتبر من أهم أسباب تحقيق الصحة الإنسانية، وعندما يفتقر المسكن لأي من الشروط الصحية سيؤدي إلى مشكلات جسمية أو نفسية أو اجتماعية، حيث العلاقة واضحة بين المستوى الصحي ومستوى السكن.

إن من أبرز المشكلات المرتبطة بالحالة السكنية هي الاكتظاظ داخل المسكن أو ما يسمى بمعدل الازدحام داخل المسكن (عدد الأفراد / غرفة)[2]. وهذا الاكتظاظ يساعد في نقل ونشر بعض الأمراض مثل أمراض الجهاز التنفسي. كما أن المساكن المكتظة تؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة داخل المنزل حيث البيئة مناسبة لتكاثر الجراثيم، كما يؤثر الازدحام سلباً على الناحية النفسية حيث الشعور بعدم الراحة.

وفي محافظة رام الله والبيرة وحسب نتائج المسح الفلسطيني لصحة الأسرة للعام 2006, بلغت نسبة الأسر التي يتراوح فيها عدد الأفراد في الغرفة الواحدة بين (1.00−1.99) فرد 51.7%من حجم عينة الدراسة، أما الأسر التي يتراوح عدد الأفراد في الغرفة الواحدة بين (2.00−2.99) فرد فقد بلغت23.9% من حجم عينة الدراسة، أما الأسر التي يسكن فيها أكثر من ثلاثة أفراد في الغرفة الواحدة فقد بلغت نسبتهم 24.4% من حجم عينة الدراسة[3].

---

[1] مركز المعلومات الوطني الفلسطيني, **أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في الأراضي الفلسطينية**, تموز / يوليو 2006 , http://www.pnic.gov.ps/arabic/social/social-derasat-2006.html, 7 أغسطس 2007

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الفلسطيني لصحة الأسرة**، مرجع سابق، ص192.

[3] المرجع السابق، ص192.

يعيش السكان في المخيمات في مساكن تفتقر للشروط الصحية, حيث يقسم المخيم إلـــى أحياء, وكل حي يضم وحدات سكنية متراصة, بجانب بعضها البعض, ولا يفصل الساكن عـــن جاره سوى متر أو اقل. ويفصل الأحياء عن بعضها البعض شوارع ترابية, توحل في الشتاء, و تجري فيها المياه الآسنة في الصيف. ولا يتعدى عدد الغرف في الوحدات السكنية في المخـــيم غرفتين أو ثلاثة, تضم الغرفة ما بين 5-7اشخاص, ويســـبب هـــذا الزحـــام مشـــاكل صـــحية واجتماعية[1]. تشير نتائج هذه الدراسة إلى ان55.7% من أفراد مجتمع الدراسة يعيشـــون فـــي مدينتي رام الله والبيرة و 37.6%يعيشون في القرى و6.70%يعيشون في المخيم.

وفيما يتعلق بالظروف السكنية في مجتمع الدراسة, فإن أعلى نسبة من المساكن المأهولة في مدن الدراسة هي من نوع شقق في عمارات سكنية حيث بلغت نسبتها 55.9% من اجمـــالي المساكن في مدن الدراسة وهذا ما يبينه الجدول رقم(8).

جدول (8): توزيع السكان في مجتمع الدراسة حسب نوع المسكن

مكان السكن	نوع السكن	النسبة المئوية
مدينة	شقة	55.93%
	فيلا	8.06%
	بيت مستقل	36.02%
قرية	شقة	12.67%
	فيلا	13.38%
	بيت مستقل	73.94%
مخيم	شقة	11.76%
	فيلا	9.80%
	بيت مستقل	78.43%

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

[1] هلال، جميل، تموز 2002، **مشروع تقدير الفقر بالمشاركة في فلسطين**، وزارة التخطيط والتعـــاون الـــدولي، الإدارة العامة لبناء المؤسسات والتنمية البشرية ومكافحة الفقر وبالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائيUNDP
www.pppap.org/arabic/waht/nation/word/Fsarst20%chapter.doc تموز 2007.

اما في قرى ومخيم الدراسة فان اعلى نسبة من المساكن الماهولة هي من نـــوع بيـــت مستقل حيث بلغت نسبتها 73.9% من اجمالي المساكن في قرى الدراسة و78.4% من اجمالي المساكن في مخيم الدراسة[1].

2. 3. 3 الأبعاد الاجتماعية

تعتبر الأبعاد الاجتماعية من العوامل التي ترتبط بالحالة الصحية للسكان, والتـــي لهـــا انعكاساتها على معدلات الاستخدام للخدمات الصحية المتاحة. من هـــذه الأبعـــاد الاجتماعيـــة والمتعلقة بالصحة والمرض المستوى التعليمي والثقافي والحضاري للسكان.

يعتبر المستوى التعليمي احد الأبعاد الاجتماعية التي تؤثر على الحالة الصحية العامـــة لأي مجتمع, من خلال السلوك الصحي للوقاية من الأمراض, والبحث عن طرق وأساليب العلاج عند الإصابة بأي مرض. فانتشار الجهل والأمية يؤدي إلى عدم الوعي فيما يتعلـــق بالشـــؤون الصحية من طرق الوقاية من الأمراض أو ضرورة العلاج المبكر للأمراض، كمـــا أن تـــدني المستوى التعليمي يؤدي إلى البطالة أو إشغال وظيفة متدنية الأجر، وهذا بالتـــالي يـــؤدي إلـــى الفقر، والفقر يؤدي إلى الإقامة في مناطق سكنية ذات شروط صحية متدنيـــة تـــؤدي للإصـــابة بالأمراض.

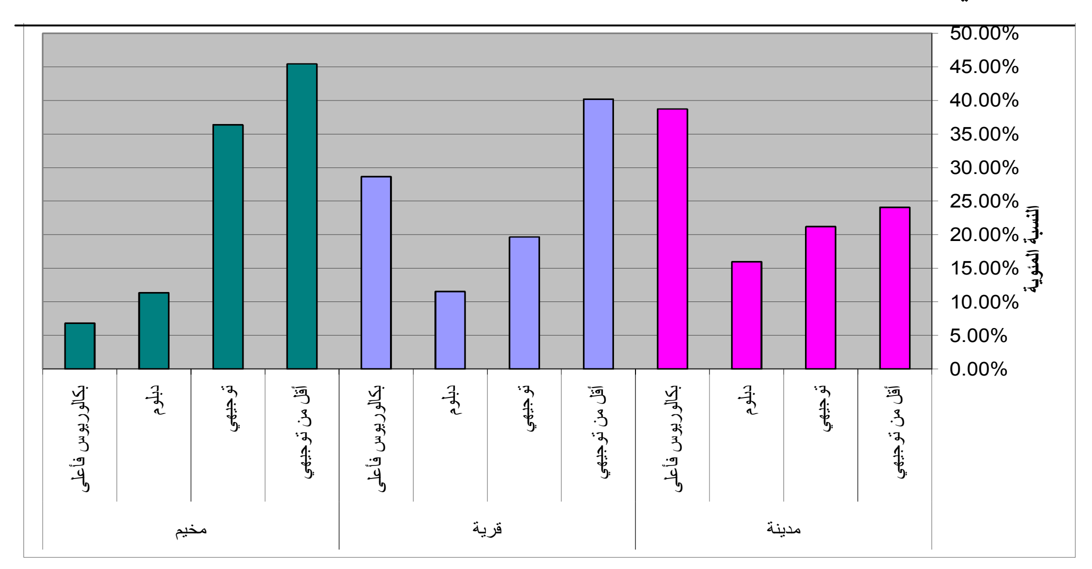
بلغت نسبة الامية بين سكان الضفة الغربية (10 سنوات فأكثر) حوالي 5,8% من مجمل السكان. أما في محافظة رام الله فقد بلغت نسبة الأمية حوالي 5,8%من إجمالي السكان في الفئة العمرية 10 سنوات فأكثر[2]. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن النسبة الأكبر من ارباب الاســـر في مدن الدراسة هم من حملة شهادات البكالوريوس فأعلى إذ بلغت نسبتهم 38.7% من اجمالي ارباب الاسر في مدن الدراسة,اما في قرى الدراسة فالنسبة الاكبر من ارباب الاسر هم من حملة شهادات اقل من الثانوية العامة حيث بلغت نسبتهم 40.1% من اجمالي ارباب الاسر في قـــرى الدراسة وهذا يعود الى التسرب من المدارس للعمل وكسب المال.ويتشابه مخيم الدراســـة مـــع القرى في ارتفاع نسبة ارباب الاسر الحاصلين على شهادات اقل من الثانوية العامة حيث بلغت

---

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

[2] **الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2008**. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-2007 : النتائج النهائية للتعـــداد في الضفة الغربية – ملخص (السكان والمساكن). رام الله – فلسطين, ص46

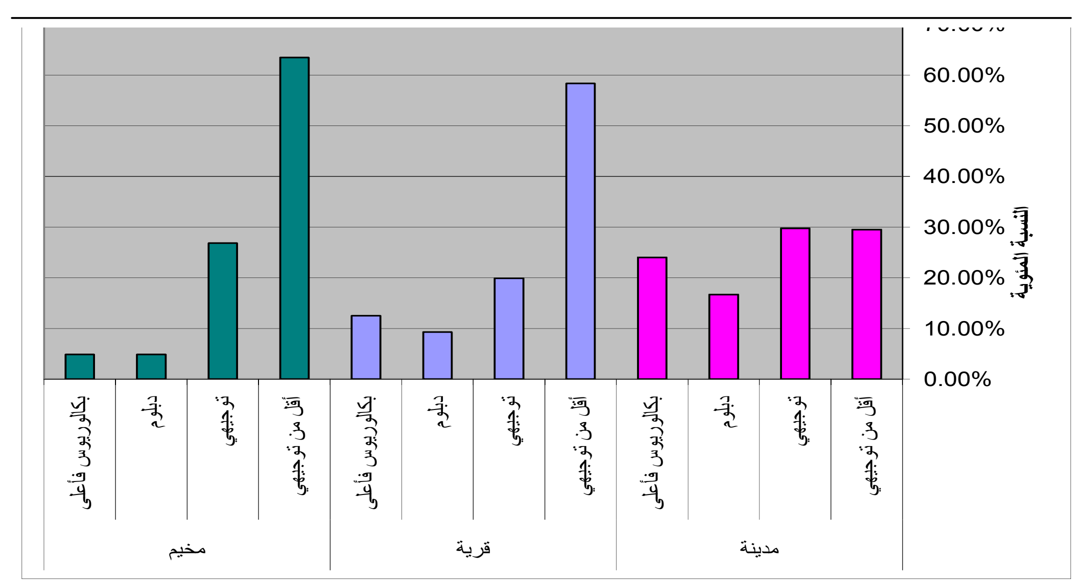
نسبتهم 45.4% من اجمالي ارباب الاسر في مخيم الدراسةويمكن ارجاع ذلك الى سيادة الفقر الذي يدفع الطالب الى ترك المدرسة والبحث عن العمل الى جانب الاجراءات الاسرائيلية التعسفية في المخيمات وسياسات الاعتقالات واغلاق المدارس[1].



الشكل (2): توزيع ارباب الاسر في مجتمع الدراسة حسب المستوى التعليمي

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

اما الشكل رقم (3) فيبين توزيع الامهات في مجتمع الدراسة حسب المستوى التعليمي.



الشكل (3): توزيع الامهات في مجتمع الدراسة حسب المستوى التعليمي

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة.

يتضح من الشكل السابق ان النسبة الاكبر من الامهات في مدن الدراسة هن من حملة شهادات الثانوية العامة حيث بلغت نسبتهن 29.7% اما في قرى ومخيم الدراسة فالنسبة الاكبر من الامهات هن من حملة شهادات اقل من الثانوية العامة وقد شكلن ما نسبته 58.3% من اجمالي الامهات في قرى الدراسة و63.4% من اجمالي الامهات في مخيم الدراسة,ويمكن ارجاع ذلك الى شيوع ظاهرة الزواج المبكر وعدم توفر المدارس للتعليم الثانوي في بعض القرى مما يعني الانتقال الى مدارس اخرى موجودة في القرى المجاورة وهذا ما لا يسمح به كثير من الاسر اما بسبب العادات والتقاليد التي تضع قيودا اما خروج المراة من المنزل او بسبب الفقر وعدم القدرة على دفع اجور مواصلات الطالبات.

تعتبر درجة الحضرية احد الأبعاد الاجتماعية التي تؤثر على الحالة الصحية للسكان, والحضرية تشتمل على عدة مظاهر تتعلق بعادات الناس وسلوكياتهم وثقافاتهم ودياناتهم ومأكلهم وملبسهم ومسكنهم وعلاقاتهم الاجتماعية, فكل مظهر من هذه المظاهر يمكن أن تكون له علاقة بظاهرة صحية خاصة أو بمرض معين.

إن من العادات والتقاليد التي يمكن أن تؤثر في الحالة الصحية للإنسان المعتقدات الخاطئة فيما يتعلق بالقضاء والقدر والتواكل وأن ما كتبه الله على الإنسان لا بد وأن يراه الإنسان، مما يعني إهمال الوقاية والعلاج من الأمراض. كما أن هناك معتقدات وأساليب غير علمية في تفسير أسباب وعلاج المشاكل الصحية مثل الإيمان بتأثير العين الحاسدة كسبب أساسي لكثير من الأمراض[1]. لذلك يبحث هؤلاء عن العلاج عند المشعوذين الذين لا ينفعون بل يضرون في كثير من الأحيان.

يعتبر التدخين من العادات والسلوكيات الاجتماعية الخاطئة والتي تؤثر على صحة السكان، فالتدخين وباء قاتل وآفة حضارية كريهة ألحقت بالإنسان الكثير من العلل والأمراض وخسائر مادية كبيرة. يكمن الضررالأساسي للتدخين فيما ينتج عن احتراق التبغ من مواد كيميائية تشمل النيكوتين وكحول الميثايل وعنصرين السلينم والزرنيخ بالإضافة إلى غاز أول

[1] الصديقي، سلوى ورمضان، السيد، 2004، **الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور اجتماعي**. دار المعرفة الجامعية، مصر، ص93-94.

أكسيد الكربون السام[1]. فالنيكوتين مادة سامة جداً، وهو الذي يسبب إدمان الشخص على التدخين, ولو حقن الإنسان بحوالي 50 ملجم منها دفعة واحدة لأدت لوفاته على الفور. والنيكوتين يؤدي إلى الإصابة بارتفاع ضغط الدم وازدياد في سرعة نبضات القلب[2]. كما أن غاز أول أكسيد الكربون غاز سام جداً يضعف قدرة الدم على حمل الأكسجين إلى أنحاء الجسم لاتحاده مع الهيموغلوبين، إلى جانب تأثيراته السلبية على خلايا الجسم والخلايا العصبية بالمخ[3].

وقد قدر فريق من الباحثين عدد الذين لقوا حتفهم بسبب أمراض متعلقة بالتدخين في أنحاء العالم عام 2000 بنحو خمسة ملايين إنسان[4].

وفي الأراضي الفلسطينية بلغت نسبة الأفراد (الذكور والإناث) الذين يمارسون عادة التدخين في الفئة العمرية 10 سنوات فأكثر 18.3%. وكانت أعلى نسبة للمدخنين في محافظة قلقيلية إذ بلغت نسبتهم23.1% وأدناها في محافظة خانيونس إذ بلغت نسبتهم12.1%أما في محافظة رام الله والبيرة فقد بلغت نسبة الأفراد المدخنين (10 سنوات فأكثر) 20.5% وهي نسبة مرتفعة[5].

يعتبر زواج الأقارب احد المظاهر الحضارية التي تتعلق بعادات الناس الموروثة, وحتى اليوم يعتبر احد العادات والتقاليد التي لا يسمح بالخروج عنه في بعض المجتمعات, ويدفع الزوجين الثمن فادحاً في بعض الأحيان عندما يرزقان بطفل مريض أو غير مكتمل النمو.

وتشير الدراسات إلى أن زواج الأقارب قد يساعد على حدوث أو ظهور أمراض وراثية منها الثلاسيميا (مرض فقر دم حوض المتوسط)، والهيموفيليا، وأمراض أخرى مثل أمراض السكري وارتفاع ضغط الدم وتشوهات خلقية وأمراض وراثية أخرى[6].

---

[1] العروسي، حسين، 1998، **التلوث المنزلي.** الطبعة الثانية، مكتبة المعارف الحديثة، الاسكندرية، مصر، ص158.

[2] موسى، علي حسن، 1996، **التلوث الجوي.** إعادة للطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق، سوريا، ص191.

[3] سويلم، محمد نبهان، 1998، **التلوث البيئي وسبل مواجهته.** الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، ص37.

[4] صالح، طارق أسامة، 2006، **الصحة والبيئة.** الطبعة الأولى، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص171.

[5] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006، التقرير النهائي، ديسمبر 2007، ص219.

[6] العاصي، سناء وآخرون، 2004، الصحة الإنجابية للمرأة الفلسطينية، مراجعة في الأدبيات. المبادة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية"مفتاح"، ص37.

وزواج الأقارب شائع في المجتمع الفلسطيني وعادة يكون زواج الأقارب من أجل المحافظة على ارث العائلة وتعزيز الأمان والروابط العائلية بغض النظر عن المخاطر الصحية التي قد تصيب الأم وأطفالها.

وتشير البيانات المتوفرة عام2004 إلى أن نسبة اللواتي سبق لهن الزواج وتزوجن من أقارب من الدرجة الأولى بلغت حوالي27.5% من حالات الزواج بواقع 24.7%و 32.2% في الضفة الغربية وقطاع غزة على التوالي[1]. وفي مجتمع الدراسة تبين أن نسبة زواج الأقارب ترتفع في القرى مقارنة مع المدن والمخيم كما هو مبين في الجدول رقم (9).

جدول (9): درجة القرابة بين الزوجين في مجتمع الدراسة

مكان السكن	صلة القرابة بين الزوجين	النسبة المئوية
مدينة	أبناء عم	18.69%
	أبناء خال	16.26%
	من العائلة	11.65%
	غير أقارب ومن نفس البلدة	23.78%
	من بلدتين مختلفتين	28.65%
	أجنبية	0.97%
قرية	أبناء عم	17.73%
	أبناء خال	12.41%
	من العائلة	13.83%
	غير أقارب ومن نفس البلدة	28.72%
	من بلدتين مختلفتين	24.11%
	أجنبية	3.19%
مخيم	أبناء عم	12.24%
	أبناء خال	14.28%
	من العائلة	14.28%
	غير أقارب ومن نفس البلدة	38.77%
	من بلدتين مختلفتين	18.37%
	أجنبية	2.04%

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

[1] مركز المعلومات الوطني الفلسطيني, أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في الأراضي الفلسطينية, تموز / يوليو 2006 , http://www.pnic.gov.ps/arabic/social/social-derasat-2006.html, 7 أغسطس 2007

يتضح من الجدول السابق ان نسبة اللواتي تزوجن من اقارب (ابناء عم,ابناء خال,مــن العائلة) بلغت 43.9% من حالات الزواج في قرى الدراسة وهي تشكل النسبة الاعلى,اما فــي مخيم الدراسة فقد بلغت نسبة حالات زواج الاقارب 40.6% من اجمالي حالات الــزواج فــي مخيم الدراسة,بينما بلغت نسبة حالات زواج الاقارب في المدن 36.4% من اجمــالي حــالات الزواج في مدن الدراسة[1].

2. 3. 4 التلوث البيئي

يعتبر التلوث البيئي من العوامل التي لها علاقة بالصحة والمرض، وأكثرهــا ارتباطــاً بانتشار الأمراض. يعرف التلوث البيئي بأنه إدخال أية مادة في البيئة تخل بــالتوازن البيئــي، وتلحق الضرر بسلامة الإنسان أو الحيوان أو النبات[2].

يمكن تصنيف الملوثات حسب مسبباتها أو نشأتها إلى ملوثات طبيعية لا دخل للإنســان فيها مثل الرياح المحملة بالأتربة، وتصاعد الغازات من بعض المستنقعات والبراكين، وحبــوب اللقاح. أما الملوثات المستحدثة فهي تأتي كنتيجة لأنشطة الإنسان في البيئة وما تخلفه من نفايات متنوعة, وابتكاراته مثل التفجيرات النووية، ووسائل المواصلات وغيرها. ومهما تعاظم حجــم الملوثات الطبيعية في عصرنا، فإنها أقل بكثير من حجم الملوثات البشرية، كما أنها أقل خطورة وتأثيراً على البيئة والصحة العامة مقارنة مع الملوثات التي أحدثها الإنسان في بيئته. أما أهــم أنواع التلوث والتي تنعكس سلباً على صحة الإنسان والبيئة فهي:

2. 3. 4. 1 تلوث الهواء

يعتبر تلوث الهواء من أهم المشكلات الخطيرة التي لها آثار ضارة على البيئة و صحة الإنسان.ويعتبر التلوث الجوي مسؤول عن أعداد كبيرة من الوفيات، وعن انتشار الكثيــر مــن الأمراض وفي مقدمتها أمراض الجهاز التنفسي.

---

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

[2] أبو عفيفة، طلال، مرجع سابق، ص703.

وتلوث الهواء هو الحالة التي يكون فيها الهواء محتوياً على مواد مختلفة عن تركيبتـــه الأساسية بتركيزات تعتبر ضارة بصحة الإنسان أو بمكونات بيئته[1].

يعد الرصاص من أكثر المعادن السامة انتشارا في الهواء وهو من أخطرهـــا، عنـــدما يصل إلى الجو كميات كبيرة منه تشكل خطراً على صحة الإنسان, لأنها تنتشر في كل مكـــان, حتى التربة الزراعية فانه يلوثها فيصل الرصاص إلى الإنسان عن طريق الغذاء مسبباً كثيراً من الأمراض.

ومن أهم مصادر تلوث الجو بالرصاص السيارات التي تسير بالبنزين المضـــاف إليـــه رابع مثيل الرصاص لتحسين كفاءة المحرك، حيث يتحول الرصاص إلى مادة بروميد الرصاص التي تتطاير مع غازات العادم الساخنة[2].وعندما يدخل الرصاص ومركباته إلى جسم الإنسان عن طريق الجهاز التنفسي فتؤدي إلى إصابته بأمراض أهمها التخلف العقلي وكبـــر حجـــم الـــرأس وأمراض عصبية ونفسية أخرى[3].

كما يعد الزئبق من المعادن الثقيلة الشديدة السمية التي تلوث الهواء. يدخل الزئبق فـــي كثير من الصناعات أهمها صناعة المبيدات الحشرية، وإنتاج الأجهـــزة الكهربائيـــة, وصـــناعة القلويات الكلورية[4]. ويعد بخار الزئبق من أكثر الملوثات خطورة, لان هذا البخار يتـــألف مـــن دقائق زئبقية صغيرة جداً تبقى معلقة في الهواء الساكن حتى يتاح لها الدخول إلى رئة الإنســـان عن طريق التنفس ثم تنتقل إلى الدم ومن ثم إلى المخ. و لهذا البخار الزئبقي آثار تدميرية على الجهاز العصبي[5].

---

[1] الساحلي، خالد وأباظة، أسامة، 2006، **أثر الازدحام المروري ومواصلات النقل العام على التلـــوث الجـــوي**، مركـــز السلامة على الطرق وسلامة البيئة"مرور"، فلسطين، ص32.

[2] ارناؤوط، محمد السيد، 2002. **التلوث البيئي وأثره في صحة الإنسان**، الطبعة الثانية، أوراق شرقية للطباعـــة والنشـــر والتوزيع، مصر، ص99.

[3] القضاة، خالد، 1997. **التقنيات الحديثة وانعكاساتها الاقتصادية والاجتماعية والنفسية والبيئية**. الطبعـــة الأولـــى، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص124.

[4] صالح، طارق أسامة، مرجع سابق، ص113.

[5] موسى، علي حسن، مرجع سابق، ص142.

ومن الغازات المنبعثة من عوادم السيارات والتي تعتبر من ملوثات الهــواء غـــاز أول أكسيد الكربون وهو من اخطر مخلفات المركبات وكذلك من أكثر الغازات ضرراً ومن أخطـــر مخلفات المركبات. ويكمن خطر أول أكسيد الكربون على الإنسان أنه يسبب آثاراً ضارة جــداً على الجهاز التنفسي ويؤدي إلى الاختناق، وقد يسبب الذبحة الصدرية لمرضى القلب. كما أن له تأثير سيء جداً على الأجنة في بطون أمهاتهم، ويؤثر أيضاً على الجهاز العصبي للإنسان[1]. أما غاز ثاني أكسيد الكربون فإن ازدياد نسبته في الهواء يؤدي إلى زيادة امتصـــاص الإشـــعاعات الحرارية المنعكسة من سطح الأرض والاحتفاظ بها، الأمر الذي يؤدي إلـــى ارتفـــاع درجـــة الحرارة عن معدلها الطبيعي وهو ما يعرف بالاحتباس الحراري[2]، لهذا كلما ازدادت نسبة ثاني أكسيد الكربون في الجو ازدادت درجة الحرارة والتي تؤثر الأخيرة بدورها على صحة الإنسان وسلامة البيئة.

ومن الجدير بالذكر أن وسائل المواصلات وحدها في فلسطين تستهلك حوالي 60% من كمية الوقود الكلية المستهلكة، وزيادة استهلاك الوقود تؤدي إلى زيادة انبعاث الغازات الضـــارة الناتجة عن احتراق الوقود، وبالتالي ازدياد التلوث البيئي وازدياد آثاره الســلبية علـــى صـــحة الإنسان[3]. هذا وتساهم وسائل النقل بـــ 40-50% من ملوثات الهواء فـــي الضـــفة الغربيـــة. تأثيرات هذه الملوثات واضحة في المناطق الحضرية أكثر من المناطق الريفية[4]. تضم محافظة رام الله والبيرة شركات باصات بلغ عددها 10 مكاتب وهذه تشغل 84 بـــاص لنقـــل الركـــاب والبضائع من منطقة إلى أخرى داخل فلسطين وذلك حسب إحصائيات عام 2007. كما يوجد في محافظة رام الله والبيرة أيضا 88 مكتب لسيارات الأجرة (التاكسي) وهذه تملك حـــوالي 649 سيارة أجرة. إلى جانب ذلك كله يوجد 38 مكتب لتأجير سيارات بلغ عـــدد الســـيارات التـــي تمتلكها 447 سيارة للتأجير[5] كل ذلك إضافة إلى السيارات الخاصة والشاحنات التجارية. ومـــن

---

[1] الساحلي، خالد وأباظة، أسامة، مرجع سابق، ص35.

[2] القضاة، خالد، مرجع سابق، ص120-122.

[3] الساحلي، خالد وأباظة، أسامة، مرجع سابق، ص29.

[4] مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، 2004، **تلوث الهواء والضجيج في فلسطين**، تاريخ ســحب الملــف 24 تمـــوز www.pnic.gov.ps/arabic/environ /ment/envi-reviu-htm1-74..2007

[5] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, 2008. **إحصاءات النقل في الأراضي الفلسطينية:** التقرير الســنوي 2007. رام الله – فلسطين,ص56.

تلك الأرقام والإحصائيات يمكن أن نتوصل إلى الدور الذي تلعبه هذه المركبات في التلوث البيئي وخاصة تلوث الهواء من خلال الحجم الضخم للوقود المستهلك وما يخلفه من ملوثات تشكل خطورة على صحة الإنسان.

يعد النشاط الصناعي من مسببات تلوث الهواء. تختلف الملوثات الناتجة عن الصناعة في كميتها ودرجة سميتها من صناعة لأخرى, تبعاً لاختلاف المواد الأولية الداخلة في الصناعة، وطريقة التصنيع، خاصة وأن كثيرا من المصانع والورش تنتشر في المناطق السكنية في مدن العالم النامي وفلسطين ليست شاذة عن هذا الوضع، الأمر الذي يجعل هذه المصانع والتي في معظمها لا تخضع للرقابة مصدراً رئيساً للملوثات الغازية التي تنعكس أخطارها على الصحة العامة.

ومن الصناعات التي تسهم في تلوث الهواء قص الحجر وتصنيعه. فالغبار المنبعث من عمليات القص والاحتكاك هو التلوث الرئيسي الناتج عن المحاجر, ويتكون هذا الغبار بشكل أساسي من كربونات الكالسيوم بالإضافة إلى نسبة غير قليلة من أكسيد السيلكون والتي هي مادة مسرطنة عندما يتم استنشاقها. كما أن هناك مصدراً آخر لتلوث الهواء ومرتبط بصناعة قص الحجر وهو الغازات الناتجة عن الآليات المستخدمة في المحاجر بالإضافة إلى وسائل النقل حيث تخرج غازات مثل أول أكسيد الكربون وأكاسيد الكبريت والهيدروكربونات ومركبات الرصاص[1]. يعتبر الحجر من أهم الموارد الطبيعية الموجودة في فلسطين، حيث يوجد فيها ما يقارب من 562 منشاراً لقص الحجر يوجد منها في محافظة رام الله والبيرة حوالي 53 منشار[2] وهذا يعكس الدور الذي تلعبه هذه المحاجر في تلوث البيئة التي يعتبر الإنسان احد أهم عناصرها.

ومن أسباب تلوث الهواء أيضا المبيدات الحشرية فإلى جانب تلويثها للماء والتربة فهي تشكل تهديداً لصحة البشر لما لها من تأثيرات سلبية على صحة من يتعامل معها سواء في

---

[1] مركز أبحاث الأراضي، بتمويل من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2002، **التوعية الجماهيرية حول المحاجر وآثارها على البيئة والتنوع الحيوي**، جمعية الدراسات العربية، القدس، فلسطين، ص29.

[2] مصلح، ريم وفلفل، ميسون، مرجع سابق، ص21-23.

عمليات التصنيع أو التوزيع أو التداول أو الاستخدام, حيث تؤدي إلى الإصابة بكثير من الأمراض.

فمثلاً المبيدات الفسفورية العضوية مثل ديمكرون الذي يستخدم لمكافحة المن والعناكب وثاقبات الأوراق في محاصيل الحمضيات والتفاح، هذا النوع من المبيدات يعتبر من أخطرها وأكثرها سمية, وهي تدخل جسم الإنسان عبر اختراقها للجلد (بسبب قابليتها للذوبان السريع في الدهون) أو بواسطة الجهاز التنفسي أو عن طريق الفم من خلال الغذاء الملوث بها مما يؤثر سلباً على النشاط الطبيعي للجهاز العصبي المركزي للإنسان[1].

وفي مناطق الضفة الغربية وقطاع غزة، فان المبيدات تسوق وتستخدم بشكل فوضوي، في ظل إغراءات الشركات الإسرائيلية التي تبيع المبيدات الكيماوية للمزارعين الفلسطينيين. يقدر مجموع الكمية المستعملة من مبيدات الآفات في الضفة الغربية بنحو 730 طناً، كما أن أكثر من 900 طن في السنة من مبيدات الآفات المرخص بها تستخدم في غزة, وهذه تستورد من إسرائيل، وهناك أكثر من 100 طن في السنة من مبيدات الأعشاب التي انتهت مدة صلاحيتها أو المحظورة تباع وتستخدم من جانب المزارعين الفلسطينيين[2].

2. 3. 4. 2 تلوث الماء

الماء هو الشريان الأساسي للأحياء جميعها، فقد جعل الله تعالى فيه سر حياة الإنسان والنبات والحيوان, وهو ضروريا لمختلف الأنشطة التي يمارسها الإنسان في المنزل والحقل والمصنع, ووجود الماء على كوكب الأرض هو الذي ميزه عن بقية الكواكب. ونظرا لحاجة جسم الإنسان الملحة للماء وبكميات كبيرة فانه يعتبر من أهم العناصر البيئية أثراً على صحة وحياة الإنسان إذا ما تعرض للتلوث.

---

[1] كرزم، جورج، 1999، **المبيدات الكيماوية والحرب القذرة، مدخل نحو البدائل**، الطبعة الأولى، مركز العمل التنموي/معاً، ص52-62.

[2] برنامج الأمم المتحدة للبيئة unep، 2003، **دراسة مكتبية عن حالة البيئة في الأراضي الفلسطينية المحتلة**، الطبعة الأولى، نيروبي، كينيا، ص84.

يقصد بتلوث الماء وجود تغيير في خصائص الماء أو تغيير حالته بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بحيث تصبح المياه أقل صلاحية للاستعمالات الطبيعية المخصصة لها سواء للشرب أو للزراعة أو للأغراض الأخرى[1]. تتلوث المياه وتصبح غير صالحة للاستهلاك البشري في الحالات الآتية:

- **التلوث الطبيعي:** وهو التلوث الناتج عن وصول الأتربة والرمال إلى المياه فتغير من خواصها الفيزيائية وتزيد من عكارتها، كما أن مياه الأمطار تتلوث أثناء تساقطها ببعض الغازات العالقة في الهواء والتي تمتصها وبالغبار العالق في الهواء الذي يلتصق بها[2].

-**التلوث الكيماوي:** تتلوث المياه كيميائيا عندما تصل إليها المياه العادمة المنزلية والصناعية التي تحتوي على كائنات دقيقة كالبكتيريا والفطريات ومواد كيمائية ضارة تسبب العديد من الأمراض. كما تتلوث المياه بالنفايات المنزلية والصناعية والزراعية التي تلقى فيها فتصبح هذه المياه من الأوساط الناقلة للعديد من الأمراض أهمها أمراض التيفوئيد والتهاب الكبد الوبائي والنزلات المعوية[3].

ومن الجدير بالذكر أن بعض النفايات الصناعية تحتوي بقايا المعادن الثقيلة الشديدة السمية مثل أيونات الرصاص والزئبق والزرنيخ، فعندما تصل هذه المواد إلى المياه إن كانت سطحية أو جوفية تسممها، وهذا بدوره يؤدي إلى انتشار أمراض مثل الإصابة بمغص معوي وتكسير الكرات الدموية الحمراء والإصابة بالإمساك[4].تتلوث المياه كيميائياً عن طريق المبيدات والأسمدة الكيماوية التي تصل إلى المياه الجوفية من خلال مسام التربة، كذلك عن طريق التخلص من النفايات الزراعية الكيميائية المحتوية على هذه المبيدات بإلقائها مباشرة في المياه.

[1] الخطيب، أحمد، 2004، **تلوث الماء**. سلسلة البيئة والتلوث، العدد (2)، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، ص23.

[2] نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، مرجع سابق، ص166.

[3] أبو عفيفة، طلال، مرجع سابق، ص696-698.

[4] عبد الجواد، أحمد عبد الوهاب، 1995، **تلوث المياه العذبة**، الطبعة الأولى، الدار العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ص64.

- **التلوث البيولوجي:** وهو التلوث الناتج عن وجود كائنات حية دقيقة ضارة في الماء مثل بيوض الديدان المعوية مثل الإسكارس وغيرها[1]. ومن طرق وصول الملوثات البيولوجية إلى الماء إلقاء القاذورات والأوساخ مباشرة في الماء، وتسرب الملوثات من المجاري وتسرب المخلفات الصناعية والمخلفات الزراعية إلى المياه السطحية والجوفية.

- **التلوث الإشعاعي:** إن الغبار المتصاعد من التجارب النووية ينتشر في الهواء ثم يسقط بما فيه من مواد مشعة في المسطحات المائية فيلوثها. إن وصول النفايات المشعة الصادرة عن محطات توليد الطاقة النووية أو عن الاستعمالات الطبية والصناعية لبعض النظائر المشعة يلوث المياه إشعاعيا،وكل ذلك له آثار صحية ضارة على الإنسان أهمها الإصابة بأمراض سرطان الدم والأنيميا وسرطانات الرئة والتهابات وسرطانات العظام[2].

2. 3. 4. 3 تلوث التربة

تعتبر التربة أحد عناصر البيئة الطبيعية التي إذا ما تلوثت فإنها تؤثر على صحة الإنسان باعتبارها الوسط المسؤول عن إنتاج الغذاء. يقسم تلوث التربة إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي:

- **التلوث الكيماوي:** حيث تتلوث التربة من خلال وصول المواد الكيماوية مثل المبيدات الحشرية التي تتراكم في التربة الزراعية و تصل فيما بعد إلى الإنسان عن طريق النباتات التي يتغذى عليها أو عن طريق المياه التي يعتمد عليها الإنسان في حياته. ولهذه المبيدات آثارها السلبية على صحة الجهاز العصبي المركزي والجهاز التناسلي[3]. كما تسهم الآلات الزراعية التي تستهلك كمية كبيرة من الوقود في تلوث التربة من خلال ما ينبعث منها من غازات سامة عند حرقها للوقود حيث تعود إلى التربة مع سقوط الأمطار.

---

[1] الصفدي، عصام حمدي، مرجع سابق، ص90.

[2] الصديقي، سلوى، ورمضان، السيد، 2004، الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور اجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، ص212.

[3] وهبي، صالح، مرجع سابق، ص207.

- **التلوث الناتج عن الحرائق:** سواء كانت حرائق طبيعية أم متعمدة، فإن ما ينتج عنها من بقايا ناعمة يؤدي إلى إغلاق مسامات سطح التربة ومنع التهوية والقضاء على الغطاء النباتي والمحتوى الميكروبي الهام في عمليات التهوية والتسميد[1].ونتيجة لعدم وجود الغطاء الغابي في محافظة رام الله والبيرة فان التلوث الناتج عن الحرائق التي من الممكن أن تشب في هذه الغابات غير موجود في المحافظة.

- **التلوث الناتج عن طمر النفايات:** إن طمر النفايات بمختلف أنواعها وبطريقة غير آمنة يؤدي إلى تلوث التربة, حيث تتسرب عصارات النفايات وما بها من مواد عضوية متحللة أو ميكروبات إلى التربة فتلوثها، كما قد يؤدي أيضاً إلى تلوث المياه الجوفية, والتي تؤثر في النهاية على صحة الإنسان وسلامة البيئة.

2. 3. 4. 4 التلوث الضوضائي

تعتبر الضوضاء أحد أشكال التلوث الفيزيائي للبيئة. وهي إحدى المشكلات التي تزايدت في الآونة الأخيرة بسبب التقدم العلمي والتكنولوجي وانتشار المصانع والمعامل ووسائل النقل والمواصلات خاصة في المدن الكبيرة المزدحمة بالسكان.

يمكن تعريف الضجيج على أنه أي نوع من الأصوات التي تزعج الإنسان أو تضر به[2]. ويعرف التلوث بالضجيج على أنه جملة الأصوات نوعاً وكماً الخارجة عن المألوف والتي لها أثرا فسيولوجياً يضايق السمع ويثير الأعصاب ويؤدي إلى أمراض فسيولوجية مثل ارتفاع ضغط الدم[3]. ويمكن أن تسبب الضوضاء للإنسان أمراضاً سمعية عديدة وتلحق به كثيراً من الأذى سواء حلت بصورة فجائية أو متقطعة أو مستمرة فهي بمثابة المصدر الخفي للإصابة بالأمراض. وللضجيج آثاراً سمعية ونفسية وجسمانية تضر بالإنسان عندما يخضع للتأثير الفجائي المتراكم للضوضاء أو من خلال التعرض المستمر. فالأصوات المرتفعة والتي تتراوح بين 60-80 ديسيبل (وحدة قياس عالمية تعبر عن مقدار شدة الأصوات وقوة ضغط أمواجها

---

[1] محاسنة، إحسان علي، 1994، **البيئة والصحة العامة**، الطبعة الثانية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص58.

[2] أبو عفيفة، طلال، مرجع سابق، ص 710.

[3] محاسنة، إحسان علي، مرجع سابق، ص61.

على طبلة الأذن) تؤدي إلى تلف الخلايا العصبية الموجودة بالأذن الداخلية وتتآكل هذه الخلايا بالتدريج[1]. أما الآثار النفسية للضجيج فتكمن في حدوث تراكمات من التوتر العصبي وقلة التركيز والضغط النفسي والتي تدفع الشخص للاشتراك في عمل عنيف أو الإصابة بانهيار عصبي[2]. وللضجيج آثار جسمانية تتمثل في تأثيرها على الجنين، حيث يولد أطفال صغار الحجم أو ناقصي النمو[3]. وأهم آثار الضجيج العضوية هي حدوث إجهاد وتعب في الجسم دون معرفة سببه الفعلي، كما تسبب الضجة المفاجئة الشديدة والمستمرة ارتفاع ضغط الدم واضطراب في إفرازات المعدة واللعاب[4]، وتؤدي إلى زيادة عدد دقات القلب وعدم ثبات النبض واستقراره وألم ناحية القلب، هذا وقد تحدث الوفاة عند مستوى ضوضاء يزيد عن 130 ديسيبل[5].

2. 3. 4. 5 تلوث الأغذية

يعتبر الغذاء عنصراً أساسياً للنمو واستمرارية الحياة. حيث يعد من الحاجات الأساسية التي يسعى الإنسان إلى تأمينها للمحافظة على صحته.إن صحة وسلامة الغذاء هي من أهم وسائل الوقاية من الأمراض. إن المحافظة على الغذاء بحالة صحية يعني معاملة الغذاء بظروف صحية, فمثلا من الضروري إتباع أسلوب صحي عند إعداده وحفظه وتوزيعه وتناوله والاستفادة منه بحيث يكون الغذاء في النتيجة غير ملوث بالمسببات المرضية، وبهذا تتحقق الاستفادة الصحية الكاملة من الغذاء.

ونظراً للزيادة السكانية الكبيرة وفي ضوء الزيادة المطردة للطلب على الغذاء، ازدادت معدلات استخدام الأسمدة الكيماوية كذلك المبيدات الحشرية،وتمتص النباتات المزروعة في تربة ملوثة بالمبيدات جزء من هذه المبيدات وتخزنه في أنسجتها وتنتقل بعد ذلك إلى الحيوان والإنسان عند استخدام هذه النباتات كغذاء. وبالنسبة للحيوانات تخزن الملوثات في ألبانها ولحومها ثم تصل أخيراً إلى الإنسان، مما يتسبب في الإصابة بكثير من الأمراض.

---

[1] سويلم، محمد نبهان، مرجع سابق، ص112.
[2] وهبي، صالح، مرجع سابق، ص203.
[3] سويلم، محمد نبهان، مرجع سابق، ص112-113.
[4] وهبي، صالح، مرجع سابق، ص204.
[5] الصفدي، عصام حمدي، مرجع سابق، ص205.

إن انتشار مرض السرطان بين الصغار يعود إلى وصول بعض المبيدات مثل الديالدرين إلى أغذيتهم عن طريق الخضراوات المرشوشة بمبيدات وأسمدة تحتوي هذه المادة أو بالتغذية على لحوم وألبان حيوانات تغذت على نباتات مرشوشة بهذا المبيد الذي استقر في أجسامها [1]. كما يتلوث الغذاء من الماء المستخدم في معاملته إذا كان ملوثا، سواء عند الري أثناء الزراعة أو عند الغسيل عقب الجمع وقبل التعبئة أو عند تجهيز المنتج الغذائي سواء في المصنع أو في المنزل.

تدخل في الصناعات الغذائية كميات من المواد الملونة والمنكهة والحافظة، وهذه المواد تعطي طعماً لذيذاً و منظراً جذاباً. إن الألوان التي تستخدم في التصنيع الغذائي تعتبر مساحيق تجميل للأغذية ووسيلة لجذب المستهلك وتشجيعه على شرائها, و المواد الملونة بالطبع ضارة تسبب الكثير من الأمراض. فلقد أكدت الدراسات أن أحد الألوان الصناعية المستخدم في تلوين الأغذية باللون الأحمر (وهو لون أمارنث) يسبب السرطان. كما ثبت أن الألوان الصناعية هي السبب الرئيسي في قائمة طويلة من الأمراض تبدأ بالإسهال وتنتهي بالسرطان[2]. هذا وتقوم كثير من المصانع الغذائية بإضافة المواد الحافظة للأغذية المصنعة منعا لفسادها, إلا أن هذه المواد الحافظة تعتبر من الناحية العلمية مبيدات ميكروبات لها نفس أضرار المبيدات مثل المادة الحافظة (E221) التي تسبب آلام حادة في المعدة والمادة الحافظة (E230) وهي مادة مسرطنة وخطرة جدا [3].

هذا ويتلوث الغذاء أيضاً عند حفظه في العلب التي يحكم إغلاقها بالرصاص، فتزداد نسبة الرصاص في المادة الغذائية، بعد أن يتسرب قسم منه إلى داخل العلبة. وعندما يتغذى الإنسان على هذه الأغذية المعلبة فان مركبات الرصاص تنتقل إلى الجهاز الهضمي، حيث لا

---

[1] العروسي، حسين، مرجع سابق، ص72.

[2] ارناؤوط، محمد السيد، مرجع سابق، ص119-126.

[3] سرحان, غسان عبد العزيز وآخرون, 2006, **الثقافة العلمية: العلوم الإنسانية. الصف الحادي عشر**, الجزء الثاني, الطبعة التجريبية الأولى, مركز المناهج. وزارة التربية والتعليم العالي. رام الله, فلسطين, ص39.

تذوب كلها في سوائل المعدة، بل يمتص جزء منها ويصل إلى الكبد، كما يتحول جزء منها إلى الدم والأنسجة الأخرى وفي مقدمتها العظام[1].

ومن الأغذية التي تشكل خطرا على صحة الإنسان المحاصيل المعدلة وراثياً. والتعديل الوراثي عبارة عن إدخال مورثة أو عدة مورثات (جينات) مأخوذة من كائن حي إلى كائن حي آخر بطرق صناعية, وقد حذر العلماء من مخاطر تناول أغذية معدلة وراثياً لما لها من علاقات مع أمراض السرطان ونقص المناعة[2].

يتلوث الغذاء بيولوجياً بالفيروسات والطفيليات والميكروبات والجراثيم، مثل الجـــراثيم العقدية وهذه تتكاثر بسرعة على الأوساط البروتينية نتيجة للحفظ السيئ للأطعمة المحتوية على كمية عالية من البروتينات مثل اللحوم وخاصة في فصل الصيف. ويؤدي تناول الأغذية الملوثة بها إلى آلام معوية وقيء متكرر وإسهال وارتفاع درجة حرارة الجسم[3].

ومن أسباب الإصابة ببعض الأمراض والمرتبطة بالغذاء عادات الشعوب الغذائية, فمثلاً تكرار استخدام زيوت القلي يؤدي إلى الإصابة بسرطان الكبد كما هو الحال عند الآسيويين، كما أن وضع الطعام المقلي كالبطاطس والباذنجان على ورق جرائد لامتصاص الزيـــوت الزائـــدة يعرضها للتلوث بمواد الطباعة (خاصة عنصر الرصاص والعناصر الثقيلة الضارة)[4]. كما لوحظ زيادة نسبة سرطان القولون عند الأوروبيين والأمريكان وضعف نســبة الإصـــابة بهـــا عنـــد الإفريقيين بسبب تناول الأوروبيين وبكثرة لأغذية خالية من السليلوز واستهلاكهم الكبيـــر مـــن السكر المصنع[5].

وبسبب العلاقة الوثيقة بين صحة الغذاء والوقاية من الكثير من الأمراض يجب المحافظة على الغذاء بحالة صحية حتى يكون سبباً في صحة الإنسان وليس سبباً في إصابته بالأمراض.

---

[1] سويلم، محمد نبهان، مرجع سابق، ص41.

[2] كرزم، جورج وآخرون، 2007، **الدليل المرجعي في التربية البيئية**، الطبعة الأولى، مركـــز العمـــل التنمـــوي/ معـــاً، فلسطين، ص124-127.

[3] صالح، طارق أسامة، مرجع سابق، ص104.

[4] ارناؤوط، محمد السيد، مرجع سابق، ص120.

[5] العروسي، حسين، مرجع سابق، ص120.

2. 3. 5 دور النفايات في انتشار الأمراض

تعتبر مشكلة النفايات من أهم المشكلات البيئية التي لها تأثير كبير على الصحة العامة. صاحب الزيادة المطردة للسكان وارتفاع مستوى المعيشة والتقدم الصناعي والزراعي والعمراني زيادة كميات النفايات والتي أدت إلى تلوث عناصر البيئة بشكل لفت أنظار العالم إلى المخاطر الصحية الناجمة عنها على الإنسان وسلامة البيئة.

تعرف النفايات Wastes بأنها بعض الأشياء التي أصبح صاحبها لا يريدها في مكان ما ووقت ما. كما عرف خبراء البنك الدولي النفاية على أنها شيء متحرك ليست له فائدة مباشرة حالياً ويجب نبذه مؤقتاً[1].

تعتبر النفايات من المصادر المهمة للإصابة بالعديد من الأمراض. فهذه الفضلات تسبب الكثير من الأضرار الصحية مثل تلوث المياه بصفة عامة، وتلوث الأغذية والمشروبات، كما أنها تعمل على تلوث التربة وانبعاث غازات وروائح كريهة وضارة. تشكل النفايات بيئة ملائمة لتنوع غريب من الحشرات والقوارض مثل الذباب الذي يسبب أمراض العيون وأمراض الجهاز الهضمي، كذلك البعوض الذي تتغذى إناثها على دم الحيوانات والإنسان وتسبب أمراض الملاريا[2]. كما تجذب القمامة الحيوانات مثل الكلاب والقطط التي تنقل للإنسان أمراضاً مختلفة كالأمراض الجلدية.

ونظرا لخطورة هذه النفايات فان التخلص منها يعتبر من أهم وسائل الصحة والوقاية من الأمراض. فمن الضروري معالجة كل أنواع الفضلات صحياً وإبعاد كل أضرارها، ويتم التعامل مع هذه الفضلات عن طريق الجمع، ثم نقلها في فترات زمنية متقاربة منعاً لتكدسها وأخيراً التخلص منها، بطرق صحية وسليمة تضمن صحة الإنسان وسلامة البيئة.

تعتبر طريقة الحرق المكشوف هي الطريقة السائدة للتخلص من النفايات في الأراضي الفلسطينية.تشير الدراسات إلى أن محافظة رام الله والبيرة يوجد فيها 25 مكباً للنفايات, من بينها مكب نفايات البيرة الذي قامت قوات الاحتلال بإغلاقه عام 2000، مما أدى إلى تكدس النفايات

---

[1] ارناؤوط، محمد السيد، مرجع سابق، مصر، ص17.

[2] سويلم، محمد نبهان، مرجع سابق، ص85-86.

بالقرب من المناطق السكنية، وهذه النفايات تشكل تهديداً للصحة العامة والبيئة، خاصة وأن حرق هذه النفايات هي الطريقة الوحيدة المتاحة للتقليل من حجمها ورائحتها.

هذا وتزداد المخاطر الصحية للنفايات على العاملين في هذا المجال بشكل خاص، فقد أكدت الدراسات العلمية أن معدلات الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي والعيون والجلد والطفيليات المعوية ترتفع بين عمال جمع النفايات[1]. تتباين مناطق الدراسة في بعض المتغيرات المرتبطة بالنفايات. ففي مدن رام الله والبيرة ودير دبوان ومخيم الامعري فان الجهة التي تشرف على جمع النفايات ونقلها للمكب هي البلدية. أما في بقية القرى فان مسؤولية جمع النفايات تقع على عاتق المجالس القروية باستثناء عابود التي يشرف على جمع النفايات ونقلها مجلس الخدمات المشترك الذي يقدم خدماته لقرى (رنتيس, اللبن الغربي, دير ابو مشعل وعابود). يقع مكب عابود على منطقة مرتفعة في القرية وفي الجهة الجنوبية الغربية من القرية وهذا بدوره يسهم في انتشار الجراثيم المسببة للأمراض. فوجود هذا المكب في منطقة مرتفعة يجعله مواجه للرياح التي تهب من جهة الغرب والجنوب الغربي وهذه بدورها تقوم بنقل الملوثات من المكب إلى مناطق أخرى مما يسهم في انتشار الجراثيم والميكروبات التي تعتبر المسؤولة عن الإصابة بالعديد من الأمراض.

وعند تحليل الاستبانات تبين ان النسبة الاكبر من الافراد في كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة يتخلصون من نفاياتهم بواسطة موظفي البلدية وهؤلاء بلغت نسبتهم 87.7% من الافراد في مدن الدراسة,77.7% من الافراد في قرى الدراسة و80.8% من الافراد في مخيم الدراسة.اما عن كيفية التخلص من النفايات فالجدول رقم (10) يشير الى ذلك.

[1] نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، مرجع سابق، ص209-210.

جدول (10): توزيع السكان في مجتمع الدراسة حسب كيفية التخلص من النفايات

مكان السكن	كيفية التخلص من النفايات	النسبة المئوية
مدينة	حاويات تجميع	90.37%
	الحرق	6.17%
	مسؤولية أصحاب المنزل	1.73%
	إلقاء في أماكن غير محددة	1.73%
قرية	حاويات تجميع	76.89%
	الحرق	15.52%
	مسؤولية أصحاب المنزل	4.33%
	إلقاء في أماكن غير محددة	3.25%
مخيم	حاويات تجميع	72.34%
	الحرق	19.15%
	مسؤولية أصحاب المنزل	4.26%
	إلقاء في أماكن غير محددة	4.26%

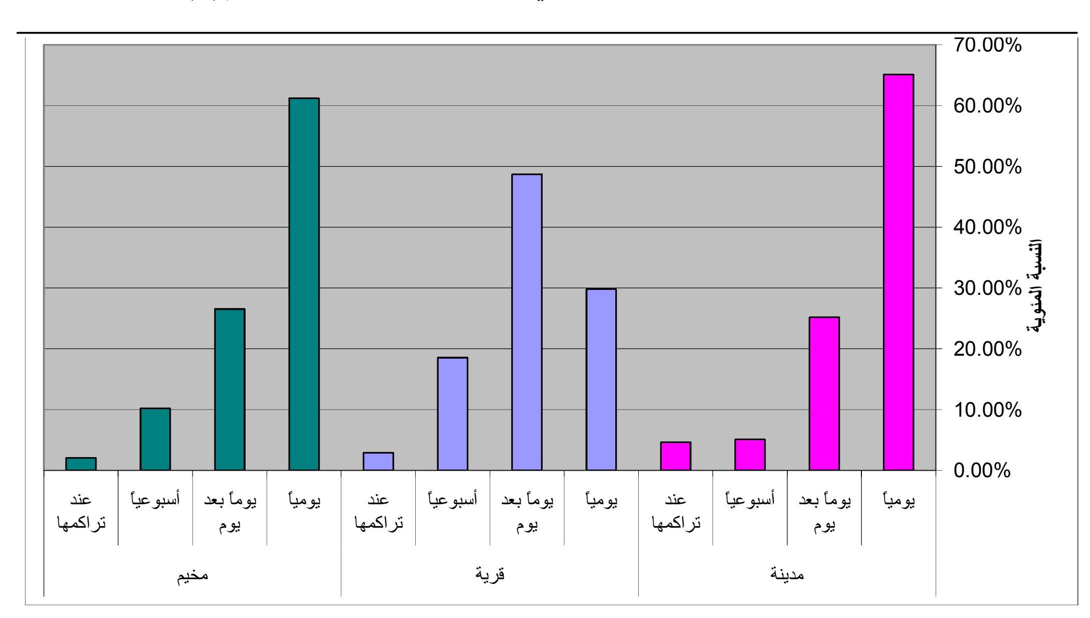
المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

يشير الجدول السابق إلى توزيع السكان في مجتمع الدراسة حسب طريقة التخلص من النفايات. يتضح من الجدول أن النسبة الأكبر من أفراد مجتمع الدراسة يتخلصون من نفاياتهم عن طريق وضعها في حاويات تجمع بها النفايات ثم تنقل بواسطة موظفي البلدية الى المكب,ففي مدن الدراسة بلغت نسبة الافراد الذين يتخلصون من نفاياتهم من خلال وضعها في الحاويات 90.3% من اجمالي الافراد في مدن الدراسة,بينما بلغت نسبتهم في قرى الدراسة 76.8% من اجمالي الافراد في قرى الدراسة,اما في مخيم الدراسة فقد بلغت نسبتهم 72.3% من اجمالي الافراد في مخيم الدراسة.

كما يتضح من الجدول السابق ان طريقة الحرق المكشوف تشكل الطريقة الثانية للتخلص من النفايات في كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة وهذه الطريقة تنتشر في المناطق التي تفتقر لوجود حاويات وقد بلغت نسبة الافراد الذين يتخلصون من نفاياتهم بالحرق المكشوف في مدن الدراسة 6.1% من اجمالي الافراد في مدن الدراسةبينما بلغت نسبتهم 15.5% من اجمالي الافراد في قرى الدراسة اما في مخيم الدراسة فقد بلغت نسبتهم 19.1% من اجمالي الافراد في

مخيم الدراسة. ويتضح من الجدول ايضا ان التخلص من النفايات بالقائها فـي اراض تملكهـا الاسرة والتخلص من النفايات بالقائها في اماكن عشوائية غير محددة تعتبر الطرق الاقل شيوعا للتخلص من النفايات.

أما الفترة الزمنية للتخلص من النفايات في منطقة الدراسة فالشكل رقم(4) يبين ذلك.



الشكل (4): الفترة الزمنية للتخلص من النفايات في مجتمع الدراسة

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

يبين الشكل السابق ان النسبة الاكبر من الاسر في مدن ومخيم الدراسة يتخلصون من نفاياتهم يوميا حيث بلغت نسبتهم 65.1% من اجمالي الاسر في مدن الدراسة و61.2% مـن اجمالي الاسر في مخيم الدراسة,اما في قرى الدراسة فالنسبة الاكبر من الاسر يتخلصون من نفاياتهم يوما بعد يوم حيث بلغت نسبتهم 48.7% من اجمالي الاسر في قرى الدراسة[1].

2. 3. 6 الممارسات الإسرائيلية ودورها في انتشار الأمراض

يشكل الاحتلال الإسرائيلي وممارساته أهم عامل مدمر للبيئة الفلسطينية، تلك الممارسات التي أفقدت البيئة قدرتها على إعادة توازنها وربما لمئات من السنين القادمة. إن أنواع التعديات

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

البيئية التي تقوم بها إسرائيل داخل الأراضي الفلسطينية أكثر من أن تحصى، ويمكن أن نتحدث عن بعضها:

- التلوث الناتج عن المستعمرات الإسرائيلية

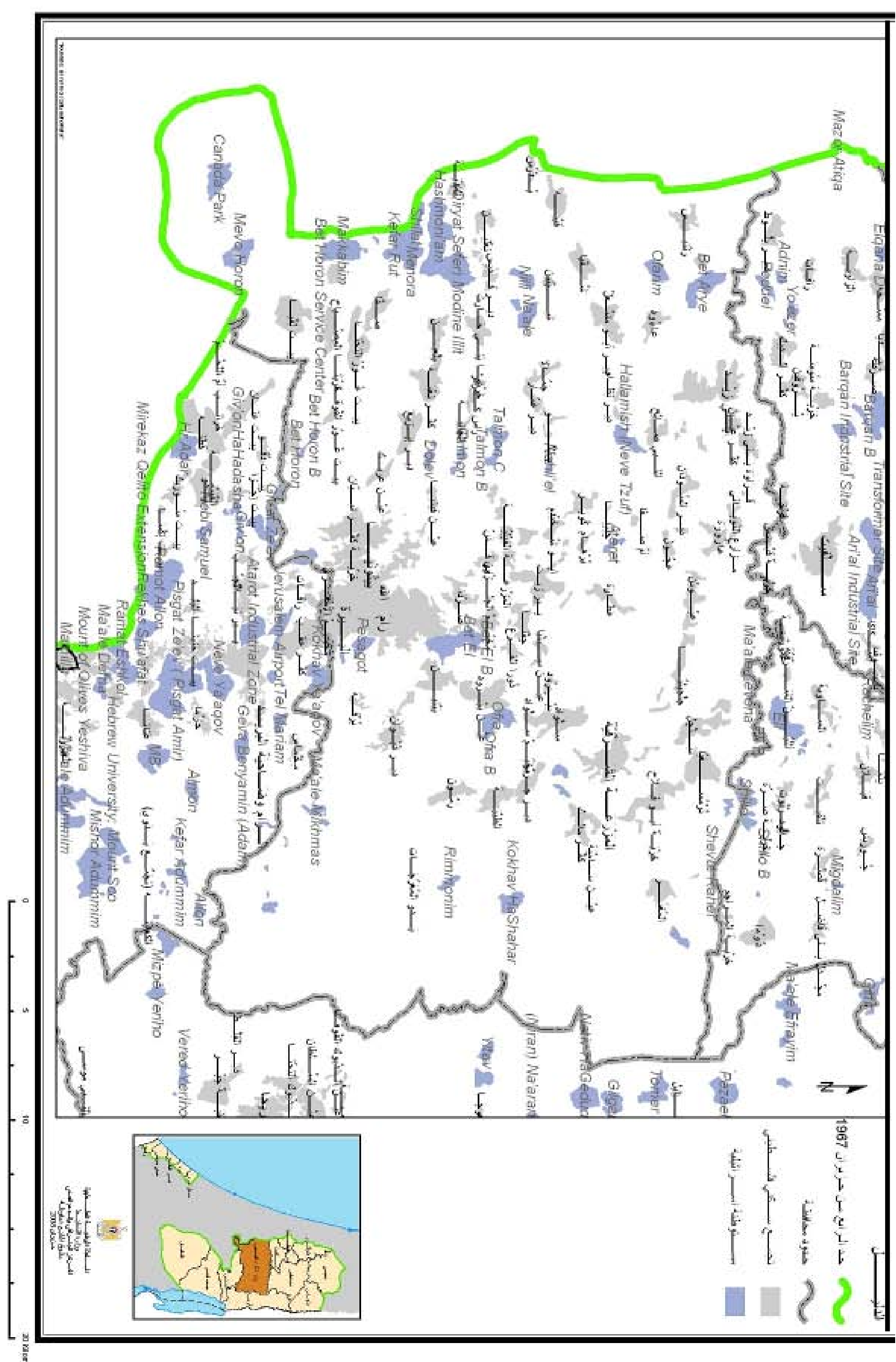
لقد قامت السلطات الإسرائيلية باستغلال الأراضي الفلسطينية وإمكانياتها، فأنشأت المستعمرات على قمم التلال. تشير البيانات إلى أن عدد المستعمرات في الضفة الغربية بلغ 144 مستعمرة وذلك في نهاية العام 2006، أكثرها في محافظة القدس، ثم محافظة رام الله والبيرة حيث يوجد فيها 24 مستعمرة. وقد بلغ عدد المستعمرين في الضفة الغربية 475.760 مستعمر في العام نفسه يعيش في محافظة رام الله والبيرة 77.120 مستعمر[1].

في معظم الحالات تقام المستعمرات الإسرائيلية على قمم التلال حيث تقوم بتصريف مياهها العادمة إلى الأودية والمناطق الزراعية الفلسطينية. فمثلاً مستوطنة معاليه هكوفشيم تنساب مياهها الآسنة وبالأخص من مزارع الأبقار إلى الأراضي الزراعية لمنطقة قطنة في رام الله, فتلحق أضرار فادحة بالبيئة وبالصحة العامة، وهناك مستعمرة برقان حيث تلقي بمياه صرفها الصحي إلى الأراضي المجاورة في محافظة سلفيت، وهذه المياه تعتبر خطيرة جداً لاحتوائها على مياه صرف صناعي وطلاءات معدنية وغيرها[2].

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المستعمرات الإسرائيلية في الأراضي الفلسطينية**، التقرير الإحصائي السنوي، 2006، يوليو، 2007، ص27.

[2] مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، **أثر المستعمرات الإسرائيلية على البيئة الفلسطينية**، 2000، تاريخ سحب الملف 25 يونيو 2007. http://www.pnic.gov.ps/arabic/palestine/settle-12html



خارطة (8): المستعمرات الإسرائيلية في محافظة رام الله والبيرة

المصدر: وزارة التخطيط – المركز الجغرافي الفلسطيني، رام الله, فلسطين, 2008.

تعاني مناطق الدراسة من توطن المستعمرات الإسرائيلية والجدول رقم (12) يبين لنا أهم المستعمرات التي أقيمت على أراضي مناطق الدراسة.

جدول (11): توزيع المستعمرات الإسرائيلية في مناطق الدراسة

المنطقة	اسم المستعمرة	تاريخ إقامتها
مدينة رام الله	جيفعات هيروشيد	1983
	كوخاف يعقوب	1984
مدينة البيرة	بسجوت	1981
	بيت ايل	1977
مدينة دير دبوان	معلي مخماس	1983
قرية عارورة	*	*
قرية عابود	بيت آرييه	1982
قرية دورا القرع	بيت ايل B	1977
	مكابيم	1982
قرية بلعين	موديعين عيليت	1989
مخيم الامعري	*	*

المصدر: تجميع الباحثة، 2008.

***لا توجد مستعمرات على أراضيها**

يتضح من الجدول السابق أن مناطق الدراسة تعاني كلها من وجود المستعمرات المقامة على أراضيها باستثناء قرية عارورة ومخيم الامعري .إن من المشكلات التي تعاني منها مناطق الدراسة وجود المستعمرات الإسرائيلية على أراضيها والآثار السلبية التي تتركها هذه المستعمرات. فمن جهة يشكل وجود هذه المستعمرات على الأراضي الفلسطينية نهبا للأراضي مصدر الرزق للفلسطينيين والسيطرة عليها يؤدي إلى انخفاض معامل الأمن والاطمئنان والسلامة بسبب وجود هذه المستعمرات بالقرب من المناطق السكنية الفلسطينية. كما أن هذه المستعمرات تشكل تدميرا للبيئة الفلسطينية من خلال تصريف مياهها العادمة وإلقاء نفاياتها في الأودية الزراعية الفلسطينية مما يؤدي إلى تلوث التربة والموارد المائية. والى جانب المستعمرات تعاني قرية بلعين من مشكلات ناتجة عن جدار الفصل العنصري الذي سلب ما

يقارب من 2300 دونم من أراضي القرية مما حرم الكثير من أراضيهم التي قد تكون المصدر الوحيد للدخل. وتعاني قرية عابود أيضا من الآثار السلبية للجدار الذي التهم جزءا كبيـرا مـن أراضيها.كما ترتب على إقامة الجدار في أراضي قرية بلعين اجتثاث الكثير من الأشجار التـي كانت تلعب دورا مهما في تلطيف درجات الحرارة وتزويد الجو بالأكسجين والحفاظ على التنوع الحيوي في المنطقة. إن أكثر من 80% من الجدار يُبنى على الأراضي الفلسطينية الكائنة داخل الضفة الغربية المحتلة مما يشكل أضرارا بيئية واقتصادية واجتماعية للسكان الفلسطينيين بشكل عام ولمن يقع الجدار على أراضيهم أو على مقربة منها بشكل خاص.

- التلوث الناتج عن الصناعات الإسرائيلية

يؤدي التلوث الناتج عن المناطق الصناعية الإسرائيلية الى تـدمير البيئـة الفلسـطينية وتهديد الصحة والسلامة العامة، حيث هناك ما لا يقل عن سبع مناطق صناعية إسـرائيلية تـم إقامتها في أجزاء مختلفة من الأراضي الفلسطينية، وصل عدد المصانع فيها الـى200 مصـنع لمختلف الصناعات الكيماوية وغيرها مثل صناعة الجلود. والتي من مخلفاتها أملاح الكروم التي تعتبر من المواد الكيميائية الخطرة لأنها شديدة السمية ومسرطنة وتذوب في الماء، مما يـؤدي إلى تلوث المياه السطحية والجوفية. كما ينبعث من هذه الصناعة غازات سامة مثـل كبريـت الهيدروجين الذي يعمل على تلوث الهواء في البيئة الفلسطينية[1].

ومن الجرائم التي يرتكبها الاحتلال الإسرائيلي بحق البيئة الفلسطينية تهريب النفايـات السامة والخطرة إلى أراضي الضفة الغربية وقطاع غزة. وهذه النفايات تتكون من مواد صناعية تحتوي على سموم مثل الرصاص والزنك والنيكل وغيرها, كما تتكون من نفايات طبية ونفايات مشعة. فمصانع الألمنيوم في مستعمرتي جفعات حداشا وينلى في منطقـة رام الله تقـوم بإلقـاء نفاياتها التي تحتوي على مواد سامة مثل الكادميوم في الأراضي الفلسطينية. يعتبر الكادميوم من السموم التي إذا ما وصلت إلى جسم الإنسان فإنها تؤدي إلى تخثر الدم وانسداد الأوعية الدموية

[1] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مرجع سابق، ص78-79.

وفقدان الوعي. هذا وقد تأثر أهالي قرية النبي صالح في محافظة رام الله والبيرة بهذه النفايـــات من ناحية انعكاساتها على صحة الأهالي[1].

من خلال ما تقدم يتضح تعدد وتنوع المتغيرات البيئية التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض أو تسهيل الإصابة بها. وهذه المؤثرات تتباين ما بين مؤثرات طبيعية مثل الموقع والمناخ وهذه لا دخل للإنسان فيها ومؤثرات بشرية نتجت عن أنشطة الإنسان المختلفة التي تعاظمت مع تقدمـــه العلمي والتكنولوجي والتي وفرت له سبل العيش براحة ورفاهية ولكن كانت الضريبة التي دفعها الإنسان مقابل ذلك هي اعتلال الصحة ومعاناته من جملة من الأمراض.

[1] مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، 2004، **النفايات الصلبة والسموم في الأراضي الفلسطينية**، مرجع سابق.

الفصل الثالث

الأمراض الشائعة في مجتمع الدراسة

3. 1 المقدمة

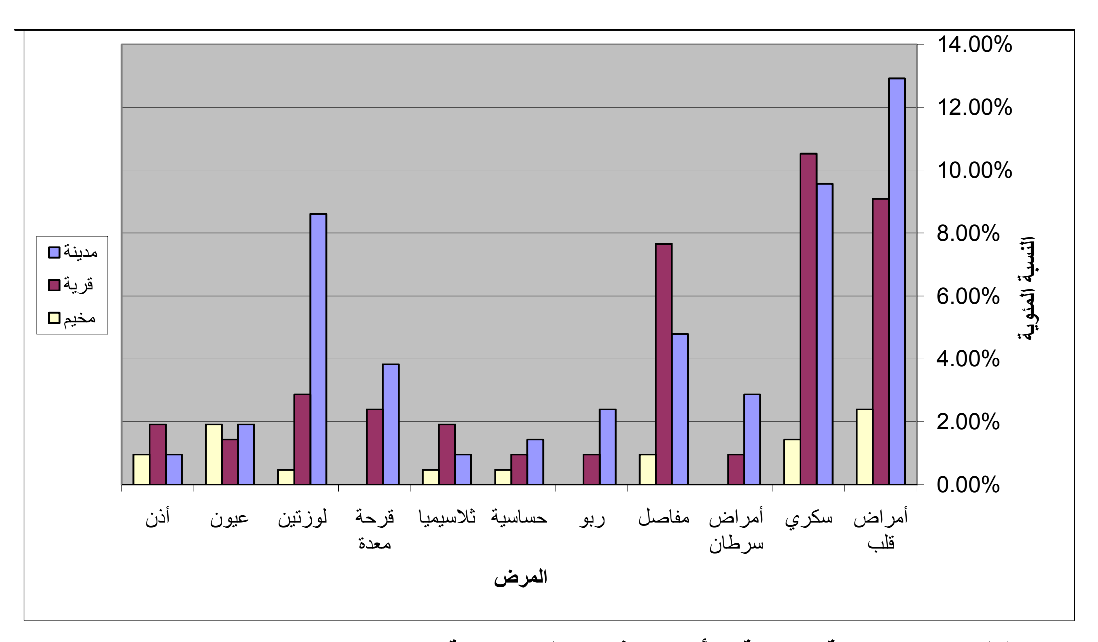
وجدت الأمراض كمنغصات في حياة البشر منذ القدم، وقد أجريت العديد من الدراسات والفحوصات على بقايا شعوب غابرة, فتبين أنهم أصيبوا بمجموعة من الأمراض, فمثلا عندما فحص الباحثون في مجال الطب بقايا المومياات المصرية، والتي يرجع عمرها إلى ما يزيد عن 2000 سنة وجدوا أن المصريين القدماء عانوا من العديد من الأمراض التي نعاني منها اليوم[1].

تهاجم الأمراض جسم الإنسان، فتهدم الصحة وتتلف خلايا الجسم، وهو ما يلحق بالإنسان الآلام التي تدفعه إلى البحث عن العلاج. يعرف المرض بأنه اعتلال الجسم أو العقل، وقد يكون مرضاً عارضاً خفيفاً مثل التهاب الحلق، أو خطيراً مثل النوبة القلبية، ويمكن أن تصيب الأمراض أي جزء في الجسم[2].

في هذا الفصل سيتم الحديث عن أهم الأمراض التي عاني منها السكان في منطقة الدراسة والتي كانت تتصدر قائمة الأمراض التي يعاني منها المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية في المحافظة. وقد كان من الصعب الحصول على المعلومات الكافية فيما يتعلق بالأمراض الأكثر شيوعا في مخيم الأمعري وذلك لأن وكالة الغوث الدولية تصدر إحصائياتها بشكل عام على مستوى الضفة الغربية وقطاع غزة. كما أن مركز الاونروا الصحي لا يستفيد من خدماته الصحية فقط سكان مخيم الامعري وإنما يقدم خدماته الصحية لقرابة 45 ألف من السكان في مناطق مختلفة من المحافظة.أما في مجتمع الدراسة فقد تبين أن هناك مجموعة من الأمراض كانت الأكثر انتشارا, تفاوتت نسب الإصابة بها, والشكل رقم (5) يبين هذه الأمراض ونسب الإصابة بها.

[1] الموسوعة العربية العالمية، 1996، مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع، السعودية، ص104.

[2] المرجع السابق، ص104.



الشكل (5): النسب المئوية للإصابة بالأمراض في مناطق الدراسة

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

يشير الشكل رقم (5) إلى أهم الأمراض المنتشرة في مناطق الدراسة ونسب الإصابة بها. يتضح من الشكل أن امراض القلب من أكثر الأمراض انتشارا في مناطق الدراسة يليها مرض السكري,أما اقل الأمراض انتشارا في مجتمع الدراسة فهي الحساسية والتلاسيميا.

تشير إحصاءات وزارة الصحة للعام 2005 ومن خلال قوائم المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية إلى أن هناك مجموعة من الأمراض تنتشر في مجتمع الدراسة, وأهم هذه الأمراض :

3. 1. 1: أمراض جهاز الدوران Diseases of the Circulatory System

جهاز الدوران يأتي في المرتبة الأولى من حيث الأهمية من أجهزة الجسم كافة وهو الجهاز المسؤول عن نقل الدم وتبديله باستمرار من وإلى جميع أجزاء الجسم. يتألف جهاز الدوران من عدة أقسام، فالدم يجري في قنوات تسمى الأوعية، وهو يندفع إلى تلك الأوعية بفضل القلب الذي يقوم بدور مضخة ماصة كابسة[1].

[1] كية، جوزيف عبود، 1989، **القلب وأخطر أمراضه**، دار الشرق العربي، بيروت، لبنان، ص10.

والقلب عبارة عن عضلة ملساء مجوفة تحتوي على أربعة تجاويف يتصل كل تجويفين منها ببعضهما ليكونا قلباً أيمن وقلباً أيسر، فالقلب الأيمن يحتوي على أذينة يمنى وبطين أيمن، والقلب الأيسر يحتوي على أذينة يسرى وبطيناً أيسر[1]. ومن الحقائق العلمية أن القلب يعمل على ضخ الدم إلى جميع أنسجة الجسم عبر شبكة من الأوعية الدموية، يبلغ طولها حوالي ستون ألف ميل. يقوم الدم بتزويد الأنسجة بالأوكسجين وبالمغذيات الضرورية للصحة[2]. أما أهم أمراض جهاز الدوران والتي تنتشر في منطقة الدراسة فهي:

3. 1. 1. 1: الحمى الروماتيزمية الحادة ومرض القلب

Acute Rheumatic Fever & Heart Disease

تعتبر الحمى الروماتيزمية سبب من أسباب أمراض القلب المكتسبة في العالم. والحمى الروماتيزمية مرض التهاب عكسي ناتج عن وجود خلل ما في جهاز المناعة بالجسم, ويمتاز بأعراض ناتجة عن إصابة القلب والمفاصل والجلد وكذلك الجهاز العصبي, فهو التهاب يصيب الأنسجة الضامة للجسم، نتيجة الإصابة بنوع من البكتيريا السبحية (Bhaemolytic Streptococci) تصيب الحلق واللوزتين. وبما أن القلب يحتوي على العديد من الأنسجة الضامة التي يصيبها المرض بسبب التشابه الشديد بينها وبين تركيب البكتيريا وخاصة الصمامات، تنتج الالتهابات في الصمامات عندما يكّون جسم الإنسان أجسام مضادة لمحاربة البكتيريا, فهو بالتالي يقوم بمحاربة الأنسجة الضامة ومنها صمامات القلب[3].

تحدث الحمى الروماتيزمية مع متوسط عمر 10 أعوام، لذلك يمكن اعتبارها من أمراض الطفولة, لكن هذا لا يعني أنها لا تصيب البالغين أيضا. أما أهم أعراض الحمى

---

[1] مركز دلة لطب وجراحة القلب، 2007، **أمراض القلب والشرايين**، مستشفى دلة = www.dalla-hospital.com/Dalla Hospita/ar/Departments.aspx?id=242-87K,8.7.2007.

[2] جعفر، غسان، مرجع سابق، ص76.

[3] أبو سليمان، رياض، 2006، **أمراض قلب الأطفال**، جمعية القلب السعودية. http://aha.org.sa/arabic/patint-info-a/pregnancy-childhad/disease/interview-heart-disease.htm 21k,8.7.2007.

الروماتيزمية فيمكن تصنيفها إلى مجموعتين : أعراض رئيسية مثل التهاب القلب والالتهابات المفصلية، وأعراض ثانوية مثل ارتفاع درجة الحرارة وآلام المفاصل[1].

تعتبر العوامل البيئية من الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بمرض الحمى الروماتيزمية، ومن أهم هذه العوامل الظروف المعيشية المزدحمة كما هو الحال في المخيمات, حيث تنتقل الميكروبات المسببة للمرض مع إفرازات الجهاز التنفسي إلى الأشخاص عن طريق الاتصال المباشر في هذه الأماكن المزدحمة, كما يمكن إرجاع أسباب المرض إلى العوامل الوراثية[2].

ومن العوامل البيئية المسببة لهذا المرض المناخ, فرطوبة الجو تعد بيئة ملائمة لزيادة نشاط الميكروبات المسببة للمرض, و في فصل الشتاء تزداد معدلات الإصابة بالمرض حيث تنتشر العدوى بالميكروبات في الأماكن الرطبة والمغلقة، لذا يجب تجديد هواء الأماكن المغلقة باستمرار.

كما تعتبر درجة الحرارة من عناصر المناخ المسببة للمرض. فارتفاع درجات الحرارة يؤدي إلى توسيع الشرايين وزيادة سرعة الدورة الدموية وضربات القلب كما يؤدي إلى إجهاد عضلة القلب[3], لذا من الضروري أن يتجنب الإنسان وخاصة مرضى القلب والشرايين التعرض لموجات الحر الشديدة. ومن الأسباب التي تساعد على حدوث الحمى الروماتيزمية الاستعداد الوراثي، فإصابة أحد أفراد الأسرة بالحمى الروماتيزمية عامل مؤثر في حدوث هذه الحمى في الأفراد الآخرين[4].

تعتبر أمراض القلب والأوعية من أهم مسببات الوفاة في العالم، خاصة في الدول الصناعية, فهي المسؤولة بصفة عامة عن ما بين 20–30% من مجموع الوفيات[5]. وفي فلسطين تعتبر أمراض القلب والأوعية من أهم الأمراض المتزايدة بشكل ملحوظ، فقد تصدرت

---

[1] أبو سليمان، رياض، 2006، **أمراض قلب الأطفال**، مرجع سابق.

[2] المرجع السابق

[3] محاسنة، حسن، 2007، **ارتفاع درجات الحرارة يؤثر على مرضى القلب والدماغ والشرايين.**
http://www.petranet.jo/100K/articale.tpl.29.7.2007.

[4] أبو النصر، شيماء، **التهاب اللوزتين والحلق يهدد قلوب أطفالنا**، العدد العشرين.
http://www.masrawy.com/Magazines/Health/2004/Family/july/week/althab.asps,5.abrel.2008.

[5] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص377.

قائمة الأسباب الحقيقية العشرة للوفيات في فلسطين للعام 2003, فقد شكلت أمراض القلب ما نسبته 20.1% من مجموع الوفيات لهذا العام [1]. يشير التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية لعام 2005 إلى أن معدل الوفاة بسبب أمراض القلب في فلسطين وصل حوالي 568 حالة وفاة لكل 100000 من السكان.

ومن خلال دراسة قوائم الأمراض التي يعاني منها المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظة رام الله والبيرة للعام 2005 تبين أن أمراض القلب من أهم الأمراض التي يعاني منها السكان.

جدول (12): عدد المصابين بأمراض القلب في مناطق الدراسة من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005

المنطقة	عدد السكان حسب إحصائيات عام 2005	عدد المصابين بالمرض من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية	النسبة المئوية للمصابين بالمرض
مدينة رام الله	24599	1702	6.9
مدينة البيرة	38192	1506	3.9
مدينة دير دبوان	6692	377	5.6
قرية عارورة	2866	330	11.5
قرية عابود	2374	93	3.9
قرية دورا القرع	2646	320	12.6
قرية بلعين	1696	146	8.6

المصدر: – الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني,عدد السكان في محافظة رام الله والبيرة حسب التجمع للعام 2005.

– وزارة الصحة,مركز المعلومات الصحية الفلسطيني,الوضع الصحي في فلسطين.2005,2006.

يبين الجدول رقم(12) عدد المصابين بأمراض القلب في مناطق الدراسة والذي راجعوا مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005 ونسبتهم المئوية التي تم استخراجها بقسمة عدد المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005 على عدد السكان الكلي في

[1] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوفيات والأسباب الحقيقية للوفاة**، 2003.

العام نفسه وضرب الناتج ب100%. لم يشتمل الجدول السابق كذلك الحال بالنسبة لبقية الجداول في هذا الفصل على بيانات رقمية حول عدد المرضى المراجعين لمركز الاونروا الصحي ونسبتهم وذلك بسبب صعوبة الحصول على عدد المرضى في المخيم فقط حيث أن مركز الاونروا الصحي يقدم خدماته الصحية إلى جانب مخيم الامعري لمناطق أخرى حيث قدر عدد الأفراد الذين يتلقون خدمات صحية من مركز الاونروا الصحي ب45الف فرد تقريبا .

يتضح من الجدول ارتفاع عدد المصابين بأمراض القلب في قريتي دورا القرع وعارورة. يعود ارتفاع المصابين بأمراض القلب في القريتين إلى مستوى الدخل المتدني في القرية وما يرتبط به من تدني المستوى المعيشي وعدم الحصول على الغذاء المتوازن الذي يمد الجسم باحتياجاته المختلفة اللازمة لبقائه ونموه في صحة جيدة , الى جانب ذلك تعد الظروف والمتغيرات السياسية عوامل ضغط وتوتر نفسي تساعد على الاصابة بامراض القلب مثل الحواجز العسكرية وفرض الحصار واغلاق المعابر وسوق العمل الاسرائيلي, كما يعود ارتفاع نسبة المصابين بالمرض إلى الاستعداد الوراثي حيث تعتبر أمراض القلب من الأمراض الوراثية التي يتناقلها الأفراد.

كما تعتبر نسبة المصابين بأمراض القلب مرتفعة في قرية بلعين ومدينة دير دبوان. يعود السبب في ارتفاع نسبة المصابين بالمرض في قرية بلعين إلى ارتفاع درجات حرارتها مقارنة مع مدينتي رام الله والبيرة وذلك بسبب فارق الارتفاع عن سطح البحر. فارتفاع درجات الحرارة يؤدي إلى توسيع الشرايين وزيادة سرعة الدورة الدموية وضربات القلب كما يؤدي إلى إجهاد عضلة القلب. كما أن ارتفاع الرطوبة في قرية بلعين بسبب اقترابها من ساحل البحر المتوسط يساعد في الإصابة بالمرض. فرطوبة الجو تعد بيئة ملائمة لزيادة نشاط الميكروبات المسببة للمرض, حيث تنتشر العدوى بالميكروبات في الأماكن الرطبة والمغلقة، وهذا ينطبق أيضا على قرية عابود التي ترتفع فيها أيضا درجات الحرارة مقارنة مع مناطق الدراسة الأخرى كما ترتفع فيها نسبة الرطوبة بسبب اقترابها من ساحل المتوسط مما يعني توفر البيئة المناسبة للميكروبات.

وفي مدينة دير دبوان يمكن إرجاع أسباب الإصابة بأمراض القلب إلى عوامل وراثية وبيئية منها انتقال الجراثيم والميكروبات المسببة لهذه الأمراض مع الرياح الغربية التي تهب

على المدينة.أما مخيم الامعري فالمساكن فيه يعيبها ضيق المساحة وافتقارها للشروط الصحية والتي أهمها التهوية والتشمس مما يؤدي إلى ارتفاع الرطوبة والإصابة بالمرض. كما تنتقل الميكروبات المسببة للمرض مع إفرازات الجهاز التنفسي إلى الأشخاص عن طريق ازدحامهم في المسكن الذي يفتقر إلى التهوية المناسبة والمسؤولة عن تجديد الهواء.

بلغ عدد مرضى القلب من مراجعي مركز الاونروا الصحي في مخيم الامعري 530 مريض من أصل 45الف فرد يحصلون على الخدمات الصحية من المركز في العام 2005 وبقسمة عدد المرضى على العدد الكلي نحصل على نسبة المصابين بأمراض القلب وهي 1.1%من إجمالي الأفراد المراجعين لهذا المركز .

أما في مدينتي رام الله والبيرة فنسبة المصابين بالمرض من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005 تبدو منخفضة مقارنة مع مناطق الدراسة الأخرى. وهذا لا يعود إلى انخفاض المصابين بالمرض فعلا في هذه المدن وإنما يعود إلى توجه المصابين بأمراض القلب إلى عيادات متخصصة بالمرض ومراكز صحية غير حكومية تعنى بالمصابين بالمرض وهذا لا يوجد في قرى الدراسة التي تعتبر المراكز الأولية الحكومية القدم والساق للسكان لتلقي الخدمات الصحية. وفي مناطق الدراسة تعتبر امراض القلب من اكثر الامراض شيوعا في مدن وقرى ومخيم الدراسة.بلغت نسبة المصابين بامراض القلب 24.2% من اجمالي عدد المرضى في مجتمع الدراسةموزعة كالآتي(12.9% في مدن الدراسة,9% في قرى الدراسة,2.3% في مخيم الدراسة) [1].يمكن ارجاع ارتفاع نسبة المصابين بامراض القلب في مدن الدراسة الى طبيعة الحياة التي يعيشها السكان في المدن وما تنطوي عليها من ظروف ازدحام وتعرض مستمر للضوضاء وما ينتج عن ذلك من قلق وتوتر وضغوط نفسية تسهل الاصابة بامراض القلب.

3. 1. 1. 2: أمراض ارتفاع ضغط الدم Hypertensive Diseases

يعد ارتفاع ضغط الدم أحد أمراض العصر الشائعة إلى جانب أمراض القلب والسكري، وهو مرض عالمي حيث هناك عدد كبير من الناس مصابون بارتفاع مؤكد في ضغط الدم يستدعي معالجة دوائية. يعتبر مرض ارتفاع ضغط الدم من الأمراض الخطيرة ويعرف بالقاتل

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

الصامت (Silent Killer) لأنه بدون أعراض. معظم الناس مصابون فعلاً بـالمرض دون أن يعرفوا أنهم مصابون به، وارتفاع الضغط يرتبط بكثير من المشاكل التي تصيب القلب[1].

يعرف ضغط الدم (Blood pressure) بأنه قوة اندفاع الدم عبر الأوعية الدموية مسبباً تمددها[2]، حيث تقوم الشرايين بدور المنظم للدم وكميته المارة بها عن طريق التمدد والتقلص المنتظم مع نبضات القلب، وعندما تفقد هذه الشرايين مرونتها عندها تزيد مقاومة الشرايين لمرور الدم فيرتفع ضغط الدم[3].

وعند قياس الضغط لدى المريض نحصل على قيمة يعبر عنها بكسر, فنقول مثلاً 80/130ملم عمود زئبق، فالرقم الأدنى (المقام) يسمى بالضغط الانبساطي، والرقم الأعلى(البسط) يسمى بالضغط الانقباضي، وهي أرقام تعبر عن حركة القلب الانبساطية والانقباضية[4].

ورغم أن نسبة كبيرة من المرضى لا يعرف السبب الفعلي لارتفاع ضغطها, إلا أن هناك بعض العوامل التي تساعد على حدوث هذا المرض أو تكون مصاحبة له ومنها:

- الوراثة ولها الدور الأهم في حدوث هذا المرض[5].

- قلة النشاط الجسدي الذي يزيد من احتمال الإصابة بالبدانة والتي تؤدي بدورها إلى ارتفاع ضغط الدم. فالأشخاص الذين لا يمارسون أي نشاط يلاحظون تسارعاً في نبض القلب لأنه مضطر إلى بذل جهد أكبر لضغط الدم مما يزيد الضغط على الأوعية الدموية[6].

- تلعب مشكلات الكثافة السكانية وما يصاحبها من توتر وصراع دوراً مؤثراً في مشكلة ضغط الدم الأولى كما هو الحال في الكثافة السكانية المرتفعة في المخيمات. ففي إحدى التجارب

---

[1] القباني، سامي، 1997. **حافظ على صحة قلبك**، الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، ص66.

[2] بيرم، عبد المحسن، 1984، **الموسوعة الطبية العربية**، دار القادسية للنشر والتوزيع، بغداد، ص221.

[3] http://www.sehha.com/disease/cvs/hypertension.htm,1.ابريل.2008.

[4] يماني، حسين، 2006، **ارتفاع ضغط الدم الشرياني**، جمعية القلب السعودية.
www.sha.org.sa/arabic/patient-info-a/hypertenesion.htm-37K,10.7.2007.

[5] المرجع السابق.

[6] سليم، رجب، **الصحة المهنية**، ج1، مرجع سابق، ص124-136.

المعملية والتي أخضعت الفئران فيها إلى ظروف ازدحام وجمهرة تبين أن هناك تزايد ملحـوظ في ضغط الدم لديها.كما يمكن أن يؤدي الضغط النفسـي والشـعور بالضـيق إلـى الإصـابة بالمرض[1]. إن من العوامل التي يمكن أن تسبب الضيق والتوتر للإنسان الفقر وتـدني مسـتوى المعيشة مما يدفع الإنسان إلى التفكير المستمر بطرق تامين متطلبات الحياة.

- تعتبر الضوضاء أحد الأسباب التي تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم. إن التعـرض للضوضـاء يسبب ارتفاعاً في ضغط الدم وانخفاض في ضغط النبض وبطء سرعته إلى جانـب أمـراض أخرى[2]. كما لوحظ أن مرض ارتفاع ضغط الدم تزيد معدلاته في المدن المزدحمة ذات الحيـاة الصاخبة عنها في المدن الصغيرة والأرياف[3].وفي مجتمع الدراسة يمكـن القـول ان السـكان يتعرضون في مدينتي رام الله والبيرة للضوضاء بصورة مستمرة وبقدر يفوق ما يتعـرض لـه السكان في مناطق الدراسة الأخرى.

- العرق: يلاحظ ارتفاع ضغط الدم بنسبة تزيد عن الضعف لدى السود عما هـو عليـه لـدى البيض، حيث لوحظ أن السلالات الزنجية أكثر استعدادا للإصابة بالمرض[4]. كما يلاحظ ارتفاع نسب الإصابة بالمرض لدى العرق الأحمر (هنود أمريكا)[5].

يعتبر ارتفاع ضغط الدم من الأمراض المزمنة والمنتشرة في العالم بشكل يشبه الوبـاء حيث يصاب به 25% من سكان الكرة الأرضية[6]. ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً يعـاني واحد من بين أربعة راشدين من مرض ضغط الدم المرتفع[7]، أي أن مـا يقـارب 45 مليـون أمريكي عندهم ارتفاع ضغط الدم[8].

---

[1] المغربي، إبراهيم حامد، 2004، **ضغط الدم المرتفع من منظور علم النفس.** المكتب الجامعي الحـديث، الإسـكندرية، مصر، ص41.

[2] سليم، سمير رجب، 1996، **الصحة المهنية**، ج1، مرجع سابق، ص34.

[3] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص381.

[4] المرجع السابق، ص381.

[5] شيبس، شيلدون، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، 2002، **ضغط الدم المرتفع**، الدار العربية للعلوم، بيـروت، لبنـان، ص30.

[6] فتحي، شهاب الدين، 2003، **ضغط الدم المرتفع**، مطابع دار الهلال، العدد 40، القاهرة، مصر، ص12-14.

[7] شيبس، شيلدون، 2002، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، مرجع سابق، ص3.

[8] وزارة الصحة الفلسطينية، **مرض ارتفاع ضغط الدم.**

وقد كشفت الدراسات العلمية الحديثة أن معدل انتشار المرض في الحضر أكثر منه في الريف. فقد بلغت نسبة المصابين بمرض ارتفاع ضغط الدم في القاهرة حوالي 40% من مجمل عدد السكان في مقابل 16% في المحافظات النائية[1]. يمكن إرجاع ذلك إلى الضغط النفسي الموجود في المدن الكبيرة، إلى جانب تزايد نسبة تلوث الهواء والبيئة.

أما في فلسطين فهناك ما يقارب من 134 مصاب بمرض ارتفاع ضغط الدم من كل 100000 من السكان. وقد بلغ معدل الوفاة بسبب مرض ارتفاع ضغط الدم في فلسطين 4.9% من إجمالي عدد الوفيات في فلسطين (3.9% في الضفة الغربية و1% في قطاع غزة) وذلك في العام 2003.[2]

جدول (13): عدد المصابين بأمراض ضغط الدم في مناطق الدراسة من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005

المنطقة	عدد السكان حسب إحصائيات عام 2005	عدد المصابين بالمرض من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية	النسبة المئوية للمصابين بالمرض
مدينة رام الله	24599	1230	5.0
مدينة البيرة	38192	945	2.4
مدينة دير دبوان	6692	222	3.3
قرية عارورة	2866	262	9.1
قرية عابود	2374	83	3.4
قرية دورا القرع	2646	229	8.6
قرية بلعين	1696	85	5.0

المصدر: – الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني,عدد السكان في محافظة رام الله والبيرة حسب التجمع للعام 2005.

– وزارة الصحة, مركز المعلومات الصحية الفلسطيني,الوضع الصحي في فلسطين.2005,2006.

---

http://www.moh.gov.Kw/hotline/mouth.hkm,4 /Abrel/2008

[1] فتحي، شهاب الدين، مرجع سابق، ص12–14.

[2] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، مرجع سابق.

يتضح من الجدول السابق ارتفاع نسبة المصابين بالمرض في قريتي عـــارورة ودورا القرع. تعود الإصابة بأمراض ضغط الدم في قريتي عارورة ودورا القرع إلى عامل الوراثـــة والتاريخ المرضي للعائلة,كما يمكن إرجاع الاصابة بامراض ضغط الدم أيضـــا إلـــى اعتبـــار القريتين من القرى الفقيرة في المحافظة حيث يتدنى مستوى دخل السكان وهذا ما يسبب الضيق والقلق والتوتر لدى السكان ويحرمهم من الحصول على الغذاء الصحي المتوازن الذي يحتـــوي على البروتينات والفيتامينات والكربوهيدرات والعناصر المعدنية وكل هذا يترجم فيما بعد إلـــى إصابة بالمرض . كما تعود الإصابة بالمرض إلى طبيعة عمل الفرد الذي قد لا يتطلب نشـــاط جسدي.

تعود إصابة السكان بالمرض في قرية عابود إلى الضوضاء التي يحدثها منشار عابود للحجر والذي يقع ضمن المنطقة السكنية . اما في قرية بلعين فيمكن ارجاع اصـــابة الســـكان بامراض ضغط الدم الى التوتر والقلق والضغوط النفسية التي سببها اقامة الجدار على جزء من اراضي القرية وما نتج عنه اضرار بيئية وفقد الكثير لاراضيهم التي كانت تشكل مـــورد رزق لهم .أما مدن رام الله والبيرة ودير دبوان فان عدد السكان الحقيقي والمصابين بالمرض قد يكون اكبر مما هو مبين في الجدول بسبب توجه المرضى للعلاج في مؤسسات صحية أخـــرى غيـــر المؤسسات الحكومية. وفي مجتمع الدراسة وعند تحليل الاستبيانات تبين أن مرضى ضغط الدم شكلوا ما نسبته 19% من إجمالي المرضى.بلغ عدد مرضى الضغط ممـــن راجعـــوا مركـــز الاونروا الصحي في العام 539 مريض وذلك في العام 2005وبذلك تكون نســـبتهم 1.1%مـــن إجمالي السكان المشمولين برعاية مركز الاونروا.

3. 1. 2 مرض السكري Diabetes Mellitus

ينتشر مرض السكري بشكل وبائي ملحوظ، فيصيب الرجال والنساء, الصغار والكبـــار, الأغنياء والفقراء، وأصبح الإنسان إذا ما شعر بتغيرات في جسمه اعتقـــد انـــه مصـــاب بهـــذا المرض.

تاريخيا يمكن اعتبار السكري من الأمراض القديمة, وقد سماه الرومان منذ سنة 30 قبل الميلاد ديابتس (Diabets) ومعناه النافورة, وذلك لأن أحد أعراض هذا المرض التبول بكثرة.

ثم أضافوا كلمة (Mellitus) أي عسل، عندما عرفوا أنه يحتوي على كمية من المادة الحلـــوة، وأصبح يعرف باسم مرض البول السكري[1].

عرفت منظمة الصحة العالمية مرض السكر بأنه" حالة مرضية مزمنة تسببها عوامـــل وراثية أو مكتسبة أو نتيجة عوامل أخرى. وهي تعني نقصاً في كمية الأنسولين التـــي تفرزهـــا غدة البنكرياس مما يسبب ارتفاع نسبة السكر في الدم والبول واضطراب في أكســـدة الـــدهون والبروتينات والكربوهيدرات"[2]. يمكن وصف هذا المرض بارتفاع سكر الدم (الجلوكـــوز) عـــن المستوى الطبيعي وهو (70 إلى 110ملجم/100 مل مصل الدم) مما ينتج عنه طرح الجلوكوز في البول فيؤدي إلى كثرة التبول والشعور بالعطش[3].

في المراحل الأولى من المرض لا توجد أي علامة أو أعراض للمرض. حيث تظهـــر العلامات عادة بعد استفحاله ووصول المريض إلى مرحلة متقدمة من المرض. أما أهم أعراض مرض السكري فهي: كثرة التبول وكثرة العطش والأكل، كذلك الشعور بالإجهاد ونقص الوزن وإمساك وآلام في المعدة[4].

وعند الحديث عن أسباب الإصابة بمرض السكري، فإن السبب الرئيسي للإصابة بهـــذا المرض غير معروف، لكن هناك عدة عوامل يعتقد أنها تساعد على ذلك أهمها:

- **الوراثة:** يعتبر مرض السكري من الأمراض الوراثية, حيث تتعدد الإصابات بـــين أقربـــاء المريض بداء السكري[5]. ولهذا السبب يسأل الطبيب الأم أثناء حملها إذا كان احد أفراد أسرتها أو أسرة زوجها مصابا ببعض الأمراض من بينها مرض السكري.

- **عدم ممارسة النشاط الرياضي:** حيث كشفت الدراسات مؤخراً أن اللجوء للفـــراش والراحـــة لفترة طويلة يؤدي إلى الخمول وبالتالي حصول مقاومة للأنسولين وتحليلـــه للجلوكـــوز[6]، كمـــا

[1] فاضل، فؤاد، 2005، **مرض السكري: أسبابه ووسائل علاجه وطرق التغذية**. دار أسامة للنشـــر والتوزيـــع، عمـــان، الأردن، ص3.

[2] البشتاوي، مهند. 2004، **السكري والصحة البدنية**. الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن،ص19.

[3] بابللي، ضحى، 2002، **حقائق عن داء السكري**. مكتبة العبيكات، الرياض، السعودية، ص13.

[4] فاضل، فؤاد، مرجع سابق، ص3.

[5] البشتاوي، مهند، مرجع سابق، ص24.

[6] المرجع السابق، ص25.

أظهرت الدراسات الحديثة أن المشي لمدة 30 دقيقة في اليوم إلى جانب إنقـاص الـوزن يقـي الإنسان من الإصابة بالسكري بنسبة 58%[1].

-**الحالة النفسية:** وهذه تلعب دوراً في ظهور أعراض الإصابة بالمرض مثل القلق والتـوتر [2]. يعتبر الضوضاء والضجيج أحد الأسباب التي تثير القلق لدى الإنسان، لذلك يمكن القول أن هناك علاقة بين الضوضاء وإصابة الإنسان بمرض السكري.

- **بعض العوامل الطبيعية** مثل الارتفاع عن سطح البحر والتغيرات الجوية. فقد كشفت الأبحاث أن إنتاج الجلوكوز في الدم يقل على الجبال، وتبعاً لذلك تقل حاجة الجسم إلى الأنسولين. كمـا أن بعض الباحثين وجدوا أن هناك علاقة بين التغيرات الجوية التي تحدث لفترة زمنية قصـيرة وبين مستوى السكر في الدم، فينخفض هذا المستوى إذا انتقل الشخص من منطقة بـاردة إلـى أخرى دافئة[3].

وفيما يتعلق بالتوزيع الجغرافي لمرض السكر في العالم، يمكن القول أن هذا المـرض عالمي، لكن نسبة الإصابة بالمرض تتفاوت من مكان إلى آخر. فمثلاً السكان البيض في أوروبا مصابين بالمرض بنسبة تقارب 2.5%, بينما يصاب الهنود الحمر في أمريكا وخاصة قبائل البي والشروكي بنسبة تصل إلى 40% من السكان[4].

هذا وتتوقع الدراسات أن يصاب بالمرض 45−50 مليون أمريكي في عام 2050، كما تتوقع منظمة الصحة العالمية أن يرتفع عدد المصابين بمرض السكري في العالم من 140 مليون شخص إلى 300 مليون شخص بحلول عام 2025[5]، أما في الخليج العربي فيتوقـع أن تصـل نسبة الإصابة بمرض السكري إلى 10% من عدد السكان[6].

---

[1] CNN، 2003، **تحذيرات أمريكية من تزايد الإصابة بالسكري.**
http://arabic.cnn.com/2003/scitech/6/15/diabetes.children/index.htm1,25,فبراير,2008.

[2] البشتاوي، مهند، مرجع سابق، ص25.

[3] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص391.

[4] علاوي، جعفر صادق، 1995، مرض السكر، مؤسسة أرابدايب للنشر، لندن، المملكة المتحدة، ص26.

[5] CNN، 2003، تحذيرات أمريكية من تزايد الإصابة بالسكر، مرجع سابق.

[6] http://www.sehha.com/diseases/diabetes/diabetes1.htm,6,Abrel.2008.

و في فلسطين وطبقاً لتقدير منظمة الصحة العالمية والطبيعة الوبائية لمرض السكر، فإن من المتوقع أن تطرأ زيادة ملحوظة على معدل انتشار هذا المرض في فلسطين، ويقدر معدل انتشار مرض السكر في فلسطين بحوالي 9% في عام 2000. ومع ذلك فان مرض السكري لا يعتبر في فلسطين من الأسباب الحقيقية العشرة للوفيات، حيث يبلغ معدل الوفاة بسبب هذا المرض حوالي 3.1% من معدل الوفيات العام وذلك في العام 2005[1].

جدول (14): عدد المصابين بمرض السكري في مناطق الدراسة من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005

المنطقة	عدد السكان حسب إحصائيات عام 2005	عدد المصابين بالمرض من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية	النسبة المئوية للمصابين بالمرض
مدينة رام الله	24599	969	3.9
مدينة البيرة	38192	425	1.1
مدينة دير دبوان	6692	371	5.5
قرية عارورة	2866	252	8.7
قرية عابود	2374	92	3.8
قرية دورا القرع	2646	199	7.5
قرية بلعين	1696	209	12.3

المصدر: - الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني,عدد السكان في محافظة رام الله والبيرة حسب التجمع للعام 2005.

- وزارة الصحة,مركز المعلومات الصحية الفلسطيني,الوضع الصحي في فلسطين.2005,2006.

يشير الجدول رقم(14) إلى عدد مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية ممن يعانون من مرض السكري في مناطق الدراسة ونسبتهم المئوية.ترتفع نسبة المصابين بمرض السكري في قرية بلعين حيث بلغت نسبتهم 12,3% من إجمالي السكان في العام 2005. ويعود ذلك إلى عامل الارتفاع عن سطح البحر. تعتبر أراضي قرية بلعين منخفضة حيث ترتفع عن سطح البحر حوالي 320 متر وهذا يؤدي إلى ارتفاع درجات الحرارة نهارا وانخفاضها ليلا مما يعني انتقال الأفراد من الأجواء الحارة نهارا إلى الأجواء الباردة ليلا وهذه التغيرات في الجو تؤدي

[1] التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية للعام 2005.

إلى انخفاض مستوى السكر في الدم. كما يعود اصابة بعض سكان القرية بمرض السكري الـى التوتر والضغط النفسي الذي احدثه اقامة الجدار على حوالي 2300 دونم من اراضـي القريـة واشتباك السكان مع الجيش الاسرائيلي احتجاجا على اقامة الجدار.

كما ترتفع نسبة المصابين بمرض السكري في قريتي عـاروره ودورا القـرعّ ممـن راجعوا مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005وهذا يعود إلى حالة السكان النفسية فـي ظل تدني مستوى الدخل وصعوبة العيش مع غلاء الأسعار وهذا كله يفرز القلق والتوتر اللذان يلعبا دورا لا يستهان به في ظهور أعراض الإصابة بالمرض. وفي مركز الاونروا الصحي بلغ عدد مرضى السكري ممن راجعوا المركز 320 مريض وذلك في العام 2005 وهؤلاء يشكلون ما نسبته 0.7من إجمالي ال45الف فرد الذين يتلقون خدمات صحية من مركز الاونروا الصحي وهذه النسبة قليلة نظرا لضخامة العدد السكاني الذي يخدمه هذا المركز إلا انه يمكن القـول أن مخيم المعري يعاني من تزاحم السكان وما ينتج عنه من مشكلات الجوار مما يسهل الإصـابة بالمرض. أما مدن رام الله والبيرة ودير دبوان فترجع إصابة السكان بـالمرض إلـى طبيعـة الأعمال التي يمارسها السكان في المدن. تسود في مدينتي رام الله والبيرة الوظائف الحكوميـة والمكاتب والشركات والبنوك مما يعني قلة ممارستهم للنشاط الجسدي وتعرض أجسامهم للخمول وبالتالي يحصل مقاومة للأنسولين وتحليله للجلوكوز.كما أن الحياة الصاخبة في المدن والمصادر المختلفة للضوضاء كلها عوامل تفرز القلق والتوتر لدى السكان والذي يترجم فيمـا بعـد إلـى الإصابة بالمرض.

وفي مجتمع الدراسة تبين من تحليل الاستبانات ان مرض السكري يحتل المرتبة الثانية من بين الامراض المنتشرة في مدن وقرى الدراسة حيث بلغت نسبة المصابين بمرض السكري في مدن الدراسة 9.5% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسـة بينمـا بلغـت نسـبة المصابين بالمرض في قرى الدراسة 10.5% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة اما في مخيم الدراسة فان مرض السكري يحتل المرتبة الثالثة بعد امراض القلب وامراض العيـون وقد بلغت نسبة المصابين بمرض السكري 1.4% من اجمالي عـدد المرضـى فـي منـاطق الدراسة[1].

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

3. 1. 3 أمراض الدم Blood Diseases

يعتبر الدم قوام الحياة في الجسم، يسري في كامل جسم الإنسان عبر الأوعية الدموية. يعرف الدم بأنه سائل يجري داخل الجسم أي في الشرايين والأوردة والأوعية الدموية الدقيقة، ويتكون من مادة البلازما Plasma التي تسبح فيها الكريات الدموية وهو احد أشكال النسيج الضام[1].

يتكون الدم من **البلازما** Plasma التي تسبح فيها الكريات الدموية, ومن **خلايا الدم** Blood cells التي تتألف من كريات الدم الحمراء والخلايا الدموية البيضاء والصفيحات الدموية[2].

وأمراض الدم عديدة ومتنوعة، وقد تؤدي إلى أمراض مزمنة. وتعتبر الثلاسيميا من أهم أمراض الدم الوراثية والأكثر انتشاراً في العالم. ينتشر مرض الثلاسيميا في جميع أنحاء العالم، ولكن بنسبة أكبر في بعض البلدان، مثل بلدان حوض البحر الأبيض المتوسط، ولهذا يطلق عليه أيضاً فقر دم البحر الأبيض المتوسط[3]. والثلاسيميا مرض وراثي يؤثر في صنع الدم، ويرتبط بعدم قدرة مادة الهيموجلوبين في كريات الدم الحمراء على القيام بوظيفتها، مما يؤدي إلى الإصابة بفقر دم وراثي في مراحل الطفولة المبكرة، حيث يظهر في الشهر الرابع بعد الولادة، ومن أعراض هذا المرض : صفرة الوجه نتيجة للضعف والنقص الشديد في الدم، وتضخم في البطن بسبب تضخم الكبد والطحال[4].

ينتقل مرض التلاسيميا بالوراثة من الآباء إلى الأبناء. فإذا كان أحد الوالدين حاملاً للمرض أو مصاباً به، فمن الممكن أن ينتقل إلى بعض الأبناء بصورته البسيطة (أي يصبحون حاملين للمرض). أما إذا صدف وكان كلا الوالدين يحملان المرض أو مصابين به، فإن هناك

---

[1] الشاعر، عبد المجيد وجاد الله، نزار، 2002، **بنوك الدم**. دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان،الأردن، ص7.

[2] فطاير، عبد الرحيم، 2000، **علم الدم (نظري وعملي)**. دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، ص19-23.

[3] الشاعر، عبد المجيد وجاد الله، نزار، مرجع سابق، ص383-386.

[4] قسم الترجمة والتدقيق، 2004، **الأمراض الوراثية**، الطبعة الأولى، دار الأخوة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص92-93.

احتمالاً بنسبة 25% أن يولد طفل مصاب بالمرض بصورته الشديدة,لذلك يمكن مكافحة المرض من خلال عمل فحص مخبري لمعرفة ما إذا كان الإنسان حاملاً للمرض أم لا، وتجنيب حامـل المرض من الزواج من حامل آخر.[1]

تشير الإحصائيات إلى أن 7% من سكان العالم يحملون فيروس الثلاسيميا، و نصـف مليون طفل يموتون سنوياً جراء إصابتهم بالمرض.ترتفع نسبة الإصابة بمرض أنيميـا البحـر المتوسط (الثلاسيميا) في مصر فهو يصيب حوالي 4% من الشعب المصري[2].اما في فلسـطين وفي العام2007 بلغ عدد مرضى التلاسيميا 880 مريض (570 مريض في الضـفة الغربيـة و310 مرضى في قطاع غزة) أما في محافظة رام الله والبيرة فقد قدر عدد مرضى التلاسـيميا ب46 مريض[3] .

وفيما يتعلق بالمراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظـة رام الله والبيـرة والمصابين بمرض الثلاسيميا، فإنه لم يسجل أي حالة راجعت العيادات في مناطق الدراسة سوى ثلاثة حالات في مدينة البيرة[4]، وهذا يعود إلى وجود مركـز متخصـص لمعالجـة مرضـى الثلاسيميا (جمعية أصدقاء مرضى الثلاسيميا) و المركز الوطني لأمراض الدم (أبو قراط) حيث يقدم هذا المركز خدماته للمصابين بأمراض الثلاسيميا.تم تأسيس المركز الوطني لأمراض الـدم (ابو قراط) عام 1996 وهو مركز يشرف عليه القطاع الاهلي (المنظمات غير الحكومية).يقدم المركز خدماته لمرضى الدم وخاصة مرضى التلاسيميا والهيموفيليا بشكل مجـاني وبواسـطة تامين صحي يمنح لكل مريض .يتوفر في المركز 11سرير يستخدمها المريض خـلال ال4-6 ساعات التي يقضيها في المركز وهي فترة إعطائه وحدة الدم اللازمة. وفي منـاطق الدراسـة بلغت نسبة المصابين بمرض الثلاسيميا 3.3% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسـة موزعة كالآتي:(0.96% في مدن الدراسة,1.9% في قـرى الدراسـة و0.48% فـي مخـيم

---

[1] **ألف طفل يموتون سنوياً بالثلاسيميا في العالم.**

http://www.amanjordan.org/a-news/wmview.php?ArtId=18631,5,نيسان2008.

[2] قسم الترجمة والتدقيق، مرجع سابق، ص91.

[3] مقابلة شخصية مع د.قصي دوابشة, المدير الطبي في المركز الوطني لأمراض الدم(أبو قراط),رام الله,ايلول2008.

[4] وزارة الصحة الفلسطينية، **إحصاءات حول المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية فـي محافظـة رام الله والبيرة**، 2005.

الدراسة).ومن الملاحظ ارتفاع نسبة المصابين بمرض الثلاسيميا في قرى الدراسة مقارنة مع مدن ومخيم الدراسة وهذا يعود الى شيوع ظاهرة زواج الاقارب في قرى الدراسة بنسبة 43.9% من اجمالي حالات الزواج في قرى الدراسة[1].

ومن أمراض الدم أيضا فقر الدم Anemia. وهو الحالة التي يعجز فيها الدم عن القيام بعملية نقل وتبادل غازات الأكسجين وثاني أكسيد الكربون في الرئات وخلايا الأنسجة، وذلك لانعدام توفر أو صلاحية محتويات خلايا الدم الحمراء من الهيموجلوبين[2].

والأنيميا كلمة يونانية تعني فقر الدم, ومن أعراضها المبكرة :

- فقدان القدرة على مزاولة النشاط، أو يشعر بألم عند مزاولته لنشاط معين يمنعه من الاستمرارية فيه[3].

- تضاؤل القدرة على المشي.

- الإجهاد والشعور بالتعب الناتجان عن عدم كفاية الجسم من الأكسجين لتحريك العضلات وتأدية المخ لوظائفه حتى في حالات الراحة[4].

أما الأنواع المعروفة من الأنيميا فهي:

1- أنيميا فقر الحديد: وهو الأكثر انتشارا والناتج عن نقص مركب الحديد في الجسم، وبما أن الأطعمة هي المصدر الأساسي للحديد فإن هناك علاقة عكسية بين نسبة الحديد في الغذاء والإصابة بهذا النوع من الأنيميا[5].

---

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

[2] فطاير، عبد الرحيم، مرجع سابق، ص71.

[3] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص 222-223.

[4] جوميز، جوان، 1998، **كيف تتغلب على الأنيميا**. ترجمة دار الفاروق، 2005، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ص7، وص36.

[5] فطاير، عبد الرحيم، مرجع سابق، ص101.

2- **أنيميا نقص الفيتامينات:** وهذه تنتج عن نقص الفيتامينات وخاصة بي 12 في الجسم، والأشخاص الذين يعانون من مشاكل الأمعاء والذي يؤثر على امتصاص المغذيات من الجسد معرضون لهذا النوع من الأنيميا[1].

3- أنيميا الأمراض المزمنة: وتنتج عن تدخل بعض الأمراض المزمنة مثل السرطان وغيره في إنتاج الخلايا الحمراء، كما أن الفشل الكلوي من الممكن أن يكون من أسباب الأنيميا أيضاً[2].

وللوقاية من كثير من أنواع الأنيميا، حيث يمكن تجنب نقص الحديد ونقص الفيتامينات ينبغي تناول الأكل الصحي والمتنوع و الذي يحتوي على الحديد والفيتامينات. تعتبر الأنيميا من أمراض الدم التي تؤثر على 3.4 مليون فرد في الولايات المتحدة وحدها[3].

جدول (15): عدد المصابين بمرض فقر الدم في مناطق الدراسة من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005

المنطقة	عدد السكان حسب إحصائيات عام 2005	عدد المصابين بالمرض من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية	النسبة المئوية للمصابين بالمرض
مدينة رام الله	24599	121	0.4
مدينة البيرة	38192	113	0.2
مدينة دير دبوان	6692	61	0.8
قرية عارورة	2866	22	0.7
قرية عابود	2374	62	2.6
قرية دورا القرع	2646	58	2.1
قرية بلعين	1696	11	0.6

المصدر: - الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني,عدد السكان في محافظة رام الله والبيرة حسب التجمع للعام 2005.

- وزارة الصحة,مركز المعلومات الصحية الفلسطيني,الوضع الصحي في فلسطين.2005,2006.

[1] فطاير، عبد الرحيم، مرجع سابق، ص99.

[2] الحديدي، سيد، 1995، **أمراض الدم**، الطبعة الرابعة، دار طلاس للدراسات والترجمة والنشر، دمشق، سوريا، ص22-27.

[3] فطاير، عبد الرحيم، مرجع سابق، ص173.

يشير الجدول رقم (15) إلى عدد المصابين بمرض فقر الدم في مناطق الدراسة ممن راجعوا مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005 ونسبتهم المئوية. يتضح من الجدول ارتفاع نسبة المصابين بالمرض في قريتي عابود ودورا القرع مقارنة مع مناطق الدراسة الأخرى ويعود ذلك إلى تدني مستوى الدخل الذي يحول دون تناول الغذاء الصحي المتنوع الذي يشتمل على العناصر الغذائية مثل الحديد والفيتامينات والتي تقي الإنسان من الإصابة بفقر الدم. لم يكن بالإمكان الحصول على معلومات حول عدد المصابين بالمرض في مخيم الامعري وذلك لافتقار الاونروا لمثل هذه البيانات .

3. 1. 4 التهاب المفاصل والروماتيزم Rheumatoid Arthritis

يحتوي جسم الإنسان على مفاصل يبلغ عددها360 مفصلاً, مثل مفاصل الطرفين العلوي والسفلي ومفاصل عظام الجمجمة[1].

يأتي مرض الروماتيزم ضمن أبرز قائمة أمراض العظام والمفاصل، وهو مرض مزعج لأنه يؤثر على بقية أجزاء الجسم من خلال المفاصل. يعرف الروماتيزم بأنه أوجاع العضلات والعظام والمفاصل والأعصاب، و هو من الأمراض التي يرتبط بها التهاب المفاصل والأكياس الزلالية، وعرق النساء[2].

و من أعراض هذا المرض الشعور بالألم الناتج عن شد العضلات بقوة وبشكل دفاعي حول المفصل. ومن الأعراض أيضاً الشعور بالحرارة التي تتولد في المفاصل نتيجة لنشاط الخلايا المناعية والأوعية الدموية المتمددة مع تدفق الدم الزائد[3].

---

[1] الصباحي، سمير، 2008، **التهاب المفاصل علاج ووقاية**، جريدة الرياض، العدد 14598.

تاريخ الملف 21 حزيران 2008 http://www.alryad.com/2008/06/12/article 350079,html, 2008

[2] بيرم، عبد المحسن، مرجع سابق، ص167.

[3] رايت، جل، ترجمة دار الفاروق، 2005، **علاج التهاب المفاصل والروماتيزم بالأعشاب**، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ص11.

تتعدد مسببات التهاب المفاصل، فقد يلعب التقدم في السن دوره في تسبب الالتهاب العظمي المفصلي. كما أن العوامل الوراثية تتدخل في ظهور بعض أشكال التهاب المفاصل كالتهاب المفاصل الريثاني وغيره[1].

وقد بينت بعض الدراسات أن الأسباب البيئية تؤدي إلى التهاب المفاصل وأهمها المناخ, فهناك علاقة بين أمراض الروماتزم والأحوال الجوية. ففي فصل الشتاء تكثر الإصابة بأمراض العظام والمفاصل بسبب البرد وقلة الحركة وعدم ممارسة الرياضة وانتشار الأمراض الفيروسية التي تسبب آلام المفاصل والعضلات[2].كما تتفاقم حالات مرضى الروماتيزم في فصل الشتاء وبالتحديد في الأجواء الممطرة وذلك لان المطر عادة ما يكون مصحوبا بانخفاض مفاجئ في درجات الحرارة مما يعرض سطح الجلد للبرودة بسرعة شديدة ويترتب على ذلك انخفاض كمية الدم التي تصل إلى العضلات فجأة فيسبب الشعور بالألم[3].كما أن رطوبة الهواء لها أثرها على التوصيل الحراري للجلد، وعلى سرعة تبخر العرق، مما يؤثر على عمليات التنظيم الحراري للجسم والإصابة بالتهاب المفاصل. فقد لوحظ في الجيش البريطاني أن الجنود الذين يعانون من آلام روماتزمية مزمنة هم ممن قضوا فترات طويلة في خنادق رطبة أثناء الحرب[4].

يعتبر التهاب المفاصل واحدا من الأسباب المهمة للعجز في المملكة المتحدة, حيث أن أكثر من ستة ملايين شخص في المملكة المتحدة مصابون بأمراض التهاب المفاصل والروماتيزم[5].

وفي فلسطين, وتحديدا في محافظة نابلس بلغ عدد المصابين بالتهابات المفاصل والروماتيزم 6234 مريضاً من مرضى العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية وذلك عام 1998[6].

---

[1] باريت، دافيد، 2002، ترجمة زينة إدريس, **مايوكلينك حول مرض التهاب المفاصل.** الطبعة الثانية، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان، ص12.

[2] جريدة الشرق الأوسط، 2006، العدد 10243، **الشتاء وأمراض العظام**، تاريخ سحب الملف 19 حزيران 2008. http://www.aawsat.com

[3] جونسون، مايكل، 1998، **الروماتيزم: أسبابه وعلاجه**،الطبعة الأولى، ترجمة مركز التعريب والترجمة، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان، ص15.

[4] رايت، جل، مرجع سابق، ص17.

[5] جونسون، مايكل، مرجع سابق، ص16.

[6] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص82.

وفي عارورة تم تأسيس جمعية قرى شمال رام الله للتنمية الاجتماعية والصحية وذلك بهدف تحسين الرعاية الصحية الأولية والوقاية من الإصابة بالأمراض. وقد قامت الجمعية بإنشاء مركز طبي اشتمل على عيادات مختلفة من بينها عيادات تخصصية لأمراض العظام والمفاصل[1].

جدول (16): عدد المصابين بأمراض المفاصل والروماتيزم في مناطق الدراسة من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005

المنطقة	عدد السكان حسب إحصائيات عام 2005	عدد المصابين بالمرض من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية	النسبة المئوية للمصابين بالمرض
مدينة رام الله	24599	514	2.0
مدينة البيرة	38192	118	0.3
مدينة دير دبوان	6692	284	4.2
قرية عارورة	2866	343	11.9
قرية عابود	2374	293	12.3
قرية دورا القرع	2646	315	11.9
قرية بلعين	1696	194	11.4

المصدر: -الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني،عدد السكان في محافظة رام الله والبيرة حسب التجمع للعام 2005.

-وزارة الصحة،مركز المعلومات الصحية الفلسطيني،الوضع الصحي في فلسطين.2005,2006.

يبين الجدول رقم (16) عدد المصابين بأمراض المفاصل والرومatزم في مناطق الدراسة والذين راجعوا مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005 ونسبتهم المئوية من إجمالي السكان . يشير الجدول إلى ارتفاع نسبة المصابين بالمرض في قرية عابود. ويعود ذلك إلى قرب قرية عابود من ساحل البحر المتوسط واثر ذلك في ارتفاع رطوبة الهواء في القرية والتي قد تصل إلى 62%. إن رطوبة الهواء تؤثر على التوصيل الحراري للجلد، وعلى سرعة تبخر العرق، مما يؤثر على عمليات التنظيم الحراري للجسم والإصابة بالتهاب المفاصل. وهذا

[1] وزارة الصحة الفلسطينية، **مركز المعلومات الصحية الفلسطيني**، مرجع سابق.

ما يفسر ارتفاع نسبة المصابين بالمرض في قرية عابود هذا إلى جانب العوامل الوراثية التـــي تتدخل وتسهل الإصابة بالمرض.

كما تعود أسباب ارتفاع نسبة المصابين بأمراض المفاصل والرومـــاتزم فـــي قريتـــي عارورة ودورا القرع إلى ارتفاعهما عن سطح البحر الذي يؤدي إلى تخفيض درجات الحـــرارة التي لها علاقة مع أمراض الروماتزم. ففي الأجواء الباردة وخاصة شتاء تكثر الإصابة بأمراض العظام والمفاصل بسبب البرد وقلة الحركة وخمول الجسم بسبب البرد والتقاعس عن ممارســـة الرياضة.

أما قرية بلعين فهي قرية ترتفع فيها نسبة الرطوبة بسبب اقترابها من الساحل مما يعني الإصابة بالمرض من جراء ارتفاع الرطوبة إلى جانب العوامل الوراثية والتـــاريخ المرضـــي للعائلة خاصة وان زواج الأقارب سائد في قرى الدراسة بنسبة43.9% مـــن إجمـــالي حـــالات الزواج في قرى الدراسة مما يعني زيادة احتمالية انتقال الأمراض الوراثية ومن بينها أمـــراض العظام والمفاصل من الآباء إلى الأبناء.

ترجع إصابة السكان بالمرض في مدن رام الله والبيرة ودير دبوان الى ارتفاعهما عن سطح البحر وما يرتبط بذلك من انخفاض في درجات الحرارة الذي يؤثر سلبا على المفاصـــل والعظام بالإضافة للعوامل الوراثية. ومن الجدير بالذكر أن المصابين بالمرض في مـــدينتي رام الله والبيرة لا يعتمدون في تلقي العلاج على مراكز الرعاية الحكومية فقط بل تتنوع في المـــدن المؤسسات الصحية التي تقدم خدماتها الصحية مما يعني تعدد الخيارات أمام المريض فيما يتعلق بمصادر الحصول على الخدمات الصحية. لم يكن بالإمكان الحصول على أرقام حول المرضى في مخيم الامعري وذلك لافتقار مركز الاونروا لمثل هذه البيانات, لكن من خلال مقابلة شخصية أجريت مع د.خالد الحلو مسؤول عيادة الامعري تبين أن من أكثر الأمراض التي يعـــاني منهـــا السكان في مخيم الامعري هي الأمراض التنفسية وأمراض المفاصل والروماتيزم وهذا مـــرتبط بافتقار المساكن للشروط الصحية وارتفاع نسبة الرطوبة فيها[1].وقد تبين من تحليل الاستبانات ان نسبة المصابين بامراض المفاصل في مخيم الامعري 0.96%من اجمالي عدد المرضـــى فـــي

[1] مقابلة شخصية مع الدكتور خالد الحلو، مرجع سابق.

مناطقة الدراسة,اما في مدن الدراسة فقد بلغت نسبة المصابين بامراض المفاصل 4.7% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة,بينما ارتفعت نسبة المصابين بامراض المفاصل في قرى الدراسة لتصل الى 7.6% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة[1] وهذا يعود الى طبيعة العمل الشاق في الاراضي الزراعية في القرى والتعرض للتغيرات الجوية مباشرة الى جانب شيوع ظاهرة زواج الاقارب وانتقال الامراض الوراثية التي تعتبر امراض المفاصل واحدة منها.

3. 1. 5 أمراض النظام البولي Diseases Of the Urinary System

يتخلص الجهاز البولي في الجسم من المواد الفاسدة الموجودة في الدم ويرسلها خارج الجسم عن طريق البول. تتنوع اضطرابات المجاري البولية ويصعب في كثير من الأحيان تمييز بعضها عن بعض. ومن أهم مشاكل الجهاز البولي:

- **التهابات المجاري البولية:** وهو أحد المشاكل الصحية الأكثر شيوعا لدى الإناث، ويحدث الالتهاب نتيجة لعدة أسباب أهمها: تلوث مجرى البول بالجراثيم، وعدم الاهتمام بمراعاة النظافة الشخصية, كما قد تسهل حالات القلق والاضطراب النفسي من إمكانية حدوث الالتهابات[2].

- **الحصى (البحص) في الكلية أو المثانة:** وهي عبارة عن بلورات تتكون من مواد كيمائية في البول. ووجود هذا الحصى في الكلية أو الحالب أو المثانة يسبب آلام شديدة في أسفل البطن أو في أحد جانبي البطن والحوض. والحصى من الأمراض الشائعة عند الرجال أكثر مما هي عند النساء, كما تساعد المناخات الحارة على تكون الحصى حيث الحاجة ملحة لشرب الكثير من الماء[3].

---

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

[2] منشورات جمعية الإغاثة الطبية، برنامج التثقيف الصحي، **التهابات المسالك البولية**، كراس رقم 4، مطبعة فراس، رام الله، فلسطين، ص1-4.

[3] رايت، جل، مرجع سابق، مصر، ص17.

- **تضخم غدة البروستات:** وهي تضخم الغدة الموجودة بين المثانة ومجرى البول, وهذه المشكلة أكثر شيوعا عند الرجال فوق عمر الأربعين، وهي ناتجة عن تضخم غدة البروستات[1]. ومن أعراض هذا المرض : زيادة عدد مرات التبول والإحساس بعدم إفراغ المثانة كاملة[2].

أما العوامل التي تساعد على الإصابة بأمراض النظام البولي فهي متعددة أهمها:

- **التقدم في السن** : إن أكثر من 20% ممن تجاوزوا سن الخمسين عاماً من الرجال يعانون من تضخم البروستات. وتزيد النسبة مع التقدم في السن لتصل إلى أكثر من 50% ممن تجاوزا سن 80 عاماً[3].

- **الغذاء:** فالغذاء الغني بالدهون قد يساعد على الإصابة بأمراض الجهاز البولي.

- **التاريخ الصحي للعائلة** : يتضاعف خطر الاصابة بالمرض اعتمادا على عدد الاقارب المصابين بمرض سرطان البروتستات ويمكن القول ان سرطان البروتستات يظهر في سن مبكرة في العائلات التي لديها تاريخ بالمرض[4].

- **البيئة** : تلعب الظروف البيئية دورا في الإصابة بأمراض الكلى والمسالك البولية,فتعرض العاملين في الزراعة والمصانع لبعض المواد يساعد على الاعتلال بأمراض الجهاز البولي.

إن انتشار الكادميوم والزئبق اللذان يدخلان إلى الجسم عن طريق الغذاء أو الشراب, فيستقر في الأنسجة ويستمر تراكمه مع تقدم العمر، مما يؤدي إلى إصابة الإنسان بالعديد من الأمراض منها الفشل الكلوي. كما أن استخدام المبيدات الحشرية والمواد الحافظة في الأغذية يسبب الإصابة بأمراض الكلى والمسالك البولية[5].

---

[1] ورنر، ديفيد، مي يعقوب حداد، 1999، **الصحة للجميع حيث لا يوجد طبيب**، الطبعة العربية الموسعة الأولى، بيسان للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان، ص235.

[2] العثمان، خالد إبراهيم، 2008، **تضخم غدة البروستات، ما يجب على المريض عمله**، الجمعية السعودية لمكافحة السرطان، تاريخ سحب الملف 18 يونيو 2008. http://.cancersociety.org.sa/mon/showthread.php?=442

[3] اتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية، 2000، **البروستات: أمراضها وأعراضها**، الطبعة الأولى، ص5.

[4] باريت، دافييد، 2002، ترجمة زينة إدريس, **مايوكلينك حول مرض البروستات**.الطبعة الثانية، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان، ص19.

[5] أرناؤوط، محمد السيد، مرجع سابق، ص204.

جدول (17): عدد المصابين بأمراض الكلى والمسالك البولية في مناطق الدراسة ممن راجعوا مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005

المنطقة	عدد السكان حسب إحصائيات عام 2005	عدد المصابين بالمرض من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية	النسبة المئوية للمصابين بالمرض
مدينة رام الله	24599	308	1.2
مدينة البيرة	38192	250	0.6
مدينة دير دبوان	6692	29	0.4
قرية عارورة	2866	97	3.3
قرية عابود	2374	257	10.8
قرية دورا القرع	2646	64	2.4
قرية بلعين	1696	86	5.0

المصدر: – الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني,عدد السكان في محافظة رام الله والبيرة حسب التجمع للعام 2005.

– وزارة الصحة,مركز المعلومات الصحية الفلسطيني,الوضع الصحي في فلسطين.2005,2006.

يشير الجدول رقم (17) إلى عدد المصابين بأمراض الكلى والمسالك البولية في مناطق الدراسة والذين راجعوا مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005 ونسبتهم المئوية من إجمالي السكان. يتضح من الجدول السابق ارتفاع نسبة المصابين بالمرض في قرية عابود حيث تصل إلى 10,8% من إجمالي السكان ويعود ذلك إلى ارتفاعها القليل عن سطح البحر مقارنة مع مدينتي رام الله والبيرة وما يرتبط بذلك من ارتفاع في درجات الحرارة حيث العلاقة عكسية بين الحرارة والارتفاع عن سطح البحر. لذا فان ارتفاع درجات الحرارة يساعد على تكون الحصى حيث حاجة الجسم لشرب الكثير من الماء إلى جانب العوامل الوراثية التي تسهل الإصابة بالمرض ليس فقط في قرية عابود بل في كل مناطق الدراسة. كما ترجع أسباب الإصابة بأمراض الكلى والمسالك البولية إلى النشاط الزراعي الذي يمارسه السكان في قرية عابود وقرى منطقة الدراسة وخاصة قرى بلعين ودورا القرع وعارورة ومدينة دير دبوان وما يرتبط به من استخدام للأسمدة والمبيدات التي تصل إلى جسم الإنسان مع الماء الغذاء فتسبب الإصابة بأمراض الكلى والمسالك البولية.

أما مدينتي رام الله والبيرة فترجع إصابة السكان بالمرض إلى اشتغال السكان في المصانع والمعامل والورش وتعرضهم لمواد ضارة قد تساعد على الإصابة بأمراض النظام البولي.كما أن تلوث الهواء في مدينتي رام الله والبيرة ووصول هذه الملوثات إلى جسم الإنسان واستقرارها وتراكمها يؤدي إلى الإصابة بالمرض.كما تعود أسباب الإصابة بأمراض النظام البولي في مدينتي رام الله والبيرة إلى اعتماد بعض السكان على الأغذية المصنعة والمحفوظة في علب وهذه تحتوي على مواد حافظة قد تكون سببا مهما في الإصابة بكثير من الأمراض منها أمراض النظام البولي. لم تتوافر البيانات حول عدد ونسبة المصابين بأمراض الكلى والمسالك البولية في مخيم الامعري لكن يمكن أن نستنتج أن هناك نسبة من السكان مصابة بالمرض من جراء الورش والمعامل ومحلات تصليح السيارات المنتشرة في المخيم وما ينتج عنها من مواد ضارة تسبب الإصابة بالمرض.

3. 1. 6 أمراض الجهاز التنفسي Respiratory System Diseases

يتكون الجهاز التنفسي من أعضاء التنفس، وتتضمن هذه الأعضاء الأنف، القصبة الهوائية والرئتين. يصاب الجهاز التنفسي بالعديد من الأمراض التي تسببها مجموعة من الظروف البيئية أهمها المناخ و تغيراته عبر فصول السنة، فمثلاً معظم حالات الأنفلونزا (النزلة الوافدة) تحدث في الشتاء[1]. كما أن انخفاض الضغط الجوي في الأقاليم الجبلية المرتفعة يؤدي إلى تناقص كمية الأوكسجين في الهواء، مما يشكل صعوبة في عملية التنفس لسكان هذه الأقاليم أو العاملين في الأماكن المرتفعة مثل الطيارين[2].

تعتبر الأنفلونزا من أمراض الجهاز التنفسي الذي تسببه جرثومة من نوع الفيروس تتميز بسرعة انتشارها. وتصيب عدوى الأنفلونزا سنويا ما يقدر بـ 100 مليون إنسان في أمريكا، أوروبا، اليابان (تقريباً 10% من السكان)[3]. خاصة في أشهر الشتاء التي تنخفض فيها الرطوبة وتقل أثنائها حركة الهواء في المساكن فتكون ملائمة لانتشار عدوى أمراض الجهاز التنفسي من شخص لآخر مباشرة خاصة عند ازدحام الناس في الأماكن المغلقة في الطقس البارد

[1] الموسوعة العربية العالمية، مرجع سابق، ص104.

[2] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص65.

[3] بيرم، عبد الحسين، مرجع سابق، ص55.

حيث يسهل انتشار فيروس الأنفلونزا. أما أهم أعراض الإصابة بـالأنفلونزا فهي الصداع و القشعريرة وآلام عضلية وآلام شديدة في المفاصل[1].

ومن أمراض الجهاز التنفسي أيضا حساسية القصبات الهوائية أو ما يسمى بالربو. والربو عبارة عن التهاب القصبات الهوائية المزمن. يتميز بضيق المجاري التنفسية، ونوبات اختناق تنتاب المصاب[2].يعد مرض الربو من أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً بين الأطفال, فقد تبين أن 30% من حالات الربو تبدأ قبل سن العاشرة. يعاني من مرض الربو حوالي 300 مليون نسمة حاليا في مختلف أنحاء العالم، وقد شهد عام 2005 وحده وفاة 255000 نسمة بسببه[3].

يعتبر مرض الربو من الأمراض التي لها علاقات مع الأحوال الجوية وتقلباتها. ففي أواخر الخريف وبداية الشتاء تبلغ نوبات الربو قمتها. حيث موجات البرد المصحوبة برياح قوية. كما تزداد نوبات الربو في فصل الربيع لانتشار حبوب اللقاح والغبار في الجو، بالإضافة إلى العواصف الرملية والترابية[4].

ومن أسباب الإصابة بمرض الربو أيضا التلوث. فالهواء الملوث يؤدي إلى زيادة سرعة التنفس ويصبح سطحياً مما يؤدي إلى قلة إمداد الأنسجة بالأكسجين[5]. وقد بينت تجارب أمريكية حديثة أن تلوث الجو الناتج من عوادم السيارات لا يثير نوبات الربو فقط بل يسبب الإصابة بالمرض أيضاً[6]. ومما يدعم ويؤيد صحة هذه التجارب وفاة ما يقرب من 4 آلاف شخص في لندن بسبب ظهور الضباب الدخاني (الضبخن) عام 1952 وذلك لإصابتهم بأمراض تنفسية،

---

[1] ورنر، ديفيد، مرجع سابق، ص163.

[2] الهرفي، حرب عطا، 2005، **كل ما تريد أن تعرفه عن الحساسية والربو**. الطبعة الأولى، مكتبة العبيكان، الرياض، السعودية، ص169.

[3] منظمة الصحة العالمية، 2007، **عشر دقائق بشأن الربو**.

http://www.who.int/features/factfiles/asthva/ar/index.htmlتاريخ سحب الملف 20 يونيو 2008

[4] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص82.

[5] الصفدي، عصام حمدي، مرجع سابق، ص108.

[6] http://www.news.bbc.co.uk/hi/arabic/news/newsid1100000/1100674.stm

تاريخ سحب الملف 21 حزيران 2008

ناتجة عن كثافة الملوثات في الجو والتي تقلل من مقاومة الجهاز التنفسي للأمراض فتكثر حالات الربو والتهابات الشعب الهوائية[1].

كما ثبت علمياً وطبياً أن بعض المهن اليدوية تسبب لأصحابها الربو، فبعض المواد تثير الحساسية في القصبات الهوائية. إن التعرض للمذيبات العضوية يؤثر سلباً على الجهاز التنفسي فيؤدي إلى تهيج للأغشية المخاطية وآلام بالحلق والأنف وربما يكون التعرض شديداً ويسبب أزمة رئوية[2].

ومن المهن اليدوية التي تؤثر سلباً على الجهاز التنفسي صناعة الحجر وهي من الصناعات الهامة في فلسطين، حيث يدق الحجر يدوياً فينتج غبار كثيف يصيب العامل بتليف في الرئة فيصاب المريض بالتعب وبالسعال الناشف المؤلم وهذا ما يسمى بالتحجر الرئوي[3].

لذا من الضروري لمرضى الربو الابتعاد عن الأماكن التي يكثر فيها الغبار مثل أماكن تخزين الكتب القديمة، كما ينبغي عدم الخروج في الأجواء العاصفة وخاصة إذا كان الجو مشبعاً بذرات الغبار.

بلغت نسبة المصابين بمرض الربو في مناطق الدراسة 3.3% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة موزعة كالآتي:(2.39% في مدن الدراسة,0.96%في قرى الدراسة),اما الحساسية التي تصيب الجهاز التنفسي في مواسم معينة كالربيع والصيف فان نسبة المصابين بها بلغت 2.8% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة موزعة كالآتي:(1.4% في مدن الدراسة,0.96% في قرى الدراسة,0.48% في مخيم الدراسة) [4].

ومن أمراض الجهاز التنفسي أيضاً التهابات الحلق واللوزتين التي تنتشر في فصل الشتاء وبصورة كبيرة بين الأطفال والأطفال الرضع، ويصاحبها سعال جاف وارتفاع في درجة

---

[1] العروسي، حسين، 1999، **تلوث البيئة وملوثاتها**، مكتبة المعارف الحديثة، الإسكندرية، مصر، ص168،169.

[2] صالح، طارق أسامة، مرجع سابق، ص111-112.

[3] بيدس، أميل خليل، 1982، **كن طبيب نفسك، الأنفلونزا وأمراض الصدر**. الطبعة الأولى، دار الآفاق الجديدة، بيروت، لبنان، ص101-102.

[4] نتائج تحليل استبانة الدراسة

الحرارة[1]. وفي مناطق الدراسة يعتبر التهاب اللوزتين من الامراض الشائعة وخاصة في المدن حيث بلغت نسبة المصابين بها في مناطق الدراسة 11.8% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة موزعة كالآتي:(8.6% في مدن الدراسة,2.8% في قرى الدراسة,0.48% في مخيم الدراسة) [2]. يمكن ارجاع ارتفاع نسبة المصابين بالتهاب اللوزتين في مدن الدراسة الى خروج المراة للعمل والذي يعني اخراجها لاطفالها وارسالهم الى الحضانات في سن الطفولة المبكرة مما يعني تعرضهم للبرد واصابتهم بالتهاب اللوزتين,كما ان تلوث الهواء بكثير من الفيروسات المسببة لالتهاب اللوزتين يساعد على انتشار المرض في ظل الازدحام السكاني الذي تشهده المدن والذي يسهل انتقال العدوى من شخص لآخر.

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي من الأمراض التي تنتشر في فلسطين. حيث تأتي التهابات الجهاز التنفسي في المرتبة الثامنة من جملة الأسباب الحقيقية العشرة للوفيات في فلسطين للعام 2003[3].

جدول (18): عدد المصابين بأمراض الجهاز التنفسي في مناطق الدراسة من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية

المنطقة	عدد السكان حسب إحصائيات عام 2005	عدد المصابين بالمرض من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية	النسبة المئوية للمصابين بالمرض
مدينة رام الله	24599	750	3.0
مدينة البيرة	38192	1923	5.0
مدينة دير دبوان	6692	676	10.1
قرية عارورة	2866	779	27.1
قرية عابود	2374	830	34.9
قرية دورا القرع	2646	805	30.4
قرية بلعين	1696	480	28.3

المصدر: – الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني,عدد السكان في محافظة رام الله والبيرة حسب التجمع للعام 2005.

– وزارة الصحة,مركز المعلومات الصحية الفلسطيني,الوضع الصحي في فلسطين.2005,2006.

[1] مكرم، محمد أحمد وآخرون، 1998، **سلامة صدرك**. دار الهلال للنشر والتوزيع، القاهرة، ص48.

[2] نتائج تحليل استبانة الدراسة

[3] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين 2003**، مرجع سابق، ص101.

يشير الجدول رقم (18) إلى عدد المصابين بأمراض الجهاز التنفسي في مناطق الدراسة والذين راجعوا مراكز الرعاية الصحية في العام 2005 ونسبتهم المئوية من إجمالي عدد السكان. يتضح من الجدول ارتفاع نسبة المصابين بالمرض في قرية عابود. يعود ارتفاع نسبة مرضى الجهاز التنفسي في القرية إلى وجود منشار الحجر في المنطقة السكنية في قرية عابود وما ينتج عنه من غبار كثيف يحتوي على جزيئات دقيقة من ثاني اكسيد السيليكون الذي يصل إلى الحويصلات الهوائية في الرئة عن طريق التنفس فيسبب الالتهابات الرئوية. كما ترجع إصابة السكان في عابود بالأمراض التنفسية إلى موقع مكب النفايات في القرية. يقع مكب نفايات قرية عابود على منطقة جبلية مرتفعة في الجهة الجنوبية الغربية من القرية. إن لهذا الموقع آثاره في انتشار الأمراض. فبينما يسبب موقع المكب على منطقة مرتفعة انكشاف النفايات وتطايرها وسرعة انبعاث الروائح الكريهة منها فان موقع المكب في الجهة التي تهب عليها الرياح في القرية يسهل نقل الملوثات وانتشارها مما يسبب الإصابة بالأمراض التنفسية وغيرها من الأمراض.تعود إصابة بعض السكان بأمراض الجهاز التنفسي في قرية دورا القرع إلى ارتفاع المنطقة عن سطح البحر والذي يقدر ب730 متر ويرتبط ذلك بانخفاض درجات الحرارة حيث العلاقة عكسية بين الحرارة والارتفاع عن سطح البحر. إن انخفاض درجة الحرارة شتاء يسهل الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي كما أن الارتفاع عن سطح البحر يؤدي إلى تناقص الأكسجين مما قد يؤدي إلى صعوبة في التنفس. كما تهب على قرية دورا القرع رياح شرقية قد تحمل معها الملوثات التي تسبب الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي .

أما قرية بلعين فهي قرية ترتفع فيها الرطوبة نظرا لاقترابها من ساحل البحر المتوسط. لذا فهي تشكل بيئة مناسبة للجراثيم والفيروسات التي تنقل الأمراض.ترجع إصابة السكان بأمراض الجهاز التنفسي في قرية عارورة ودير دبوان إلى الارتفاع عن سطح البحر الذي تنخفض معه درجات الحرارة مما يؤدي للإصابة بأمراض الجهاز التنفسي.

أما في مدينة البيرة فان من أهم أسباب الإصابة بالمرض وجود مكب نفايات البيرة على منطقة مرتفعة وهي جبل الطويل وهذا يعني أن منطقة المكب عرضة لهبوب الرياح التي تنقل الملوثات من جراثيم وميكروبات وهذه تؤدي إلى الإصابة بالأمراض. إضافة إلى ارتفاعها عن سطح البحر قلل من درجات الحرارة وبالتالي الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي وهذا ما ينطبق

أيضا على مدينة رام الله. ولا يمكن أن ننسى دور الملوثات الجوية في المـدن والمنبعثـة مـن وسائل النقل والصناعات ومناشير الحجر وكلها ملوثات تسهل إصابة الإنسان بـالأمراض.لـم تتوافر البيانات الرقمية في مركز الاونروا الصحي حول عدد مرضى الجهاز التنفسي في مخيم الامعري ولكن يمكن القول أن أمراض الجهاز التنفسي من الأمراض التي قد توجد في المخـيم بسبب ازدحام السكان في المساكن واقتراب المساكن من بعضها مما يعنـي انتقـال الجـراثيم والفيروسات المسببة للأمراض بسهولة فتسبب العدوى.

3. 1. 7 أمراض الجهاز الهضمي Digestive System Diseases

تعتبر أمراض الجهاز الهضمي من أكثر الحالات التي تدفع المصابين بها إلى الإسـراع نحو الطبيب كما تعتبر من الأمراض الشائعة في معظم دول العالم.

يبدأ الجهاز الهضمي من الفم، ثم يليه البلعوم، فالمريء, فالمعـدة، فالأمعـاء الدقيقـة، فالأمعاء الغليظة وينتهي بفتحة الشرج[1]، فهو بذلك يحتل وضعاً ومركزاً خاصاً بين أجهزة الجسم المختلفة.

ونظرا لحيوية الجهاز الهضمي، فهو معرض للإصابة بالعديد من الأمراض التي تتعدد أسبابها, فمنها ما يعود إلى فيروسات وميكروبات وطفيليات ومنها ما يعود إلى عادات وسلوكيات خاطئة كالتدخين وتناول الخمور، والتوتر الذي يقلل من قدرة الجسم على هضم الطعام جيـداً[2]. ومن أهم الأمراض التي تصيب الجهاز الهضمي هي:

- القرحة الهضمية (قرحة المعدة والأمعاء): Peptic Ulcer

تعرف القرحة بأنها جرح في جدار المعدة أو المعي ينتج عن تآكل الغشاء المبطن للمعدة بفعل حمض الكلوريدريك المفرز من المعدة, وقد يحدث في المعدة نفسها أو في المعي ألاثنـي عشر[3]. ومن أهم أعراض وعلامات القرحة الم في المعدة أو أعلى البطن، دم في القيء، دم في

---

[1] الشافعي، عبده مبروك، 2006، **أمراض الجهاز الهضمي**، دار العلوم للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة، مصـر، ص13.

[2] كينغ، جون، ترجمة: زينة إدريس، 2002، **صحة الجهاز الهضمي**. الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان، ص12-13.

[3] نعمة، حسن، 1995، **الأمراض: أسبابها, مظاهرها**. شركة رشا بردس، الطبعة الثانية، بيروت، لبنان، ص40.

البراز، نقصان غير مبرر في الوزن[1]. أما أهم أسباب الإصابة بالقرحة فيمكن تلخيصــها فيمــا يلي:

- الضغط النفسي والانفعالات العاطفية و فرط التوتر كلها لها علاقة بالإصابة بالقرحة[2], فالحالة النفسية والعصبية للمريض لها تأثير مهم في حدوث القرحة أو عدم التآمها.ومن العوامل البيئية التي قد تسبب الضغط النفسي والشعور بالضيق ارتفاع درجة الحرارة وجفاف الهواء والتعرض للضوضاء بشكل مستمر إلى جانب تدني مستوى المعيشة الذي تفرزه عوامل الفقر والبطالة.

- نوع من البكتيريا يسمى هليو باكتر بابلوراي helicobacter pylori. وتشير الإحصــاءات إلى أن حوالي شخص واحد من بين كل ستة أشخاص مصابين بهذه البكتيريا يصــابون لاحقــاً بالقرحة[3].

- بعض الأدوية مثل الأسبرين والأسبرو وأملاح الحديد وهذه تزيد من حدة قرحة المعــدة لــذا ينبغي التعامل مع هذه الأدوية بحذر[4].

- العامل الوراثي: يمكن أن يكون التاريخ المرضي للعائلة سببا للإصــابة بــأمراض الجهــاز الهضمي.

تعتبر قرحة المعدة من الأمراض الواسعة الانتشار في كثير من أنحــاء العــالم. ففــي الولايات المتحدة قدر عدد المصابين بهذا المرض حوالي 4 ملايين أمريكي[5].

وفي فلسطين كان عدد الوفيات بسبب أمراض الجهاز الهضمي 2.5 حالة وفــاة لكــل 100000 من السكان عام1999، لكن انخفض إلى 0.6 حالة وفاة عام 2001 ثم إلى 0.5 حالة

---

[1] الشافعي، عبده مبروك، مرجع سابق، ص128-129.

[2] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص328.

[3] كينغ، جون، مرجع سابق، ص103.

[4] حداد، مي يعقوب، مرجع سابق، ص129.

[5] كينغ، جون، مرجع سابق، ص14.

وفاة لكل 100000 عام 2003[1], وهذا يعود إلى تقدم الخدمات الصحية المقدمة للسكان والى زيادة الوعي الصحي لدى السكان حول المرض وطرق الوقاية منه.

جدول (19): عدد المصابين بمرض قرحة المعدة في مناطق الدراسة من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005

المنطقة	عدد السكان حسب إحصائيات عام 2005	عدد المصابين بالمرض من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية	النسبة المئوية للمصابين بالمرض
مدينة رام الله	24599	11	0.044
مدينة البيرة	38192	5	0.013
مدينة دير دبوان	6692	0	0.0
قرية عارورة	2866	1	0.034
قرية عابود	2374	1	0.042
قرية دورا القرع	2646	0	0.0
قرية بلعين	1696	1	0.058

المصدر: – الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني,عدد السكان في محافظة رام الله والبيرة حسب التجمع للعام 2005.

– وزارة الصحة,مركز المعلومات الصحية الفلسطيني,الوضع الصحي في فلسطين.2005,2006.

يشير الجدول رقم (19) إلى عدد المصابين بمرض قرحة المعدة في مناطق الدراسة والذين راجعوا مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005 ونسبتهم المئوية من إجمالي عدد السكان. يتضح من الجدول قلة عدد المصابين بالقرحة في مناطق الدراسة. والحقيقة أن هذه الأرقام لا تعبر عن الواقع, فبسبب أهمية المعدة للإنسان وما تقوم به من دور حيوي في هضم الطعام والذي لا يستطيع الإنسان العيش بدونه لذلك يسرع المريض إلى البحث عن أفضل المؤسسات الصحية لتلقي العلاج خاصة أن معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية في القرى والتابعة للقطاع الحكومي يعيبها عدم وجود الطبيب إلا في أيام محدودة مما لا يسمح للمريض بالانتظار. كما أن هذه المراكز تفتقر للأجهزة والمختبرات التي يمكن أن تؤكد للمريض نوع المرض. لذلك يتوجه إلى مراكز صحية غير حكومية وهذه تفتقر لوجود البيانات حول عدد

[1] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2003، مرجع سابق، ص102.

المصابين في كل سنة وأماكن سكنهم.كما يفتقر مركز الاونروا الصحي لبيانـات حـول عـدد مرضى قرحة المعدة أو حتى مرضى الجهاز الهضمي بشكل عام والذين توجهوا للعـلاج فـي المركز.

أما في مجتمع الدراسة فقد بلغت نسبة المصابين بمرض قرحة المعدة حوالي 6.1% من إجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة[1].يمكن إرجاع ذلك إلى جملة من العوامل أهمها العامل الوراثي والضغط النفسي والانفعالي الناتج عن الضجيج والضوضاء والذي يتعرض له السـكان في مدينتي رام الله والبيرة إلى جانب تدني المستوى المعيشي في بعض مناطق الدراسـة مثـل قرية عارورة وقرية بلعين ومخيم الامعري وما يصاحب ذلك من شعور بالضيق واضـطراب نفسي يسهل الإصابة بالمرض.

3. 1. 8 الأمراض الجلدية Skin Diseases

يعتبر الجلد الطبقة المرنة التي تغطي الجسم, و يتراوح معدل وزنـه بـين 3-4 كيلـو غرامات، ويشغل مساحة تصل في المتوسط إلى 1.7م, لذا فهو أكبر أعضاء الجسم مساحة[2].

تعتبر الأمراض الجلدية من الأمراض الشائعة الانتشار في معظـم دول العـالم والتـي ترتبط ارتباطاً قوياً بعوامل البيئة الطبيعية والبشرية مثل : الظروف المناخية، وانخفاض مستوى المعيشة ومستوى النظافة، وانعدام الوعي الصحي، وغياب الشروط الصحية للمسكن[3].

يؤثر اختلاف درجة الحرارة صيفاً وشتاءً على الجلد، فحرارة الجلد صيفاً وبرودته شتاءً لكل منهما أمراضه وعلاجه.

يساعد ارتفاع درجات الحرارة في فصل الصيف على حدوث الالتهابـات الجلديـة. إن التعرض للإشعاعات مثل أشعة الشمس والأشعة البنفسجية بكميات كبيرة ولفترات طويلة يـؤثر سلبا على الجلد فيزيد من غزارة إفراز العرق وتهيج الجلد ويساعد على انتشار أمراضه التي قد

---

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

[2] دياب، سهيل، 1998، **جلدك حصن جسمك**. الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، ص5.

[3] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص331.

تتحول من الحروق إلى سرطان الجلد[1]. هذا وتسبب الحرارة المنخفضة في فصل الشتاء (مـا دون 4˚ تحت الصفر) الإصابة بأمراض الجلـد مثـل مـرض قضـمة الصـقيع(Disease Frostbite)[2]وهو المرض الناجم عن التعرض لدرجات حرارة منخفضة تحت الصفر المئـوي مما يسبب تجمد الأنسجة في الجسم ونقص الأكسجين والجفاف, ويعتبر الجنود الذين يعملون في العراء في المناطق الباردة ومتسلقو الجبال والمشردون من أكثر الفئات التي يمكن الإصابة بهذا المرض[3].

من الممكن اعتبار بعض الأمراض الجلدية من الأمراض المهنية المرتبطة ببيئة العمل، تلك الأمراض التي تنتج عن القيام بعمل ما أو يكون المرض كامناً في الجسم فيساعد مثل هـذا العمل على إثارته.

فمثلا المشتغلون في أعمال البناء والتشييد وتحت أشعة الشـمس مباشـرة، معرضـون للإصابة بالاكزيما، كما أن العاملين في مصانع المواد الكيمائية يتعرضون لأضرار هذه المـواد الكيمائية التي تعمل على تهيج الجلد وإصابته بالأمراض[4]. كما ترتفع نسب الإصابة بالتهابـات الجلد للعاملين بمصانع الاسمنت وذلك لتعرضهم لنسبة عالية من تراب الاسمنت الحديدي الـذي يحتوي على عنصر الكروم[5].

تعتبر الأكزيما احد الامراض الجلدية وهي عبارة عن اضطراب جلدي يتميـز بالحكـة والالتهاب. وتصنف الأكزيما إلى قسمين رئيسيين هي: الالتهاب الأكزيمي الخـارجي والتهـاب داخلي أو ما يسمى بالالتهاب البنيوي[6].

ومن أسباب حدوث الأكزيما : السن حيث تكثر في الأطفال والرضع, الوراثة, اضطراب الأعصاب والقلق والإجهاد الذهني و جفاف الجلد شتاء وكثرة التعرق صيفا والتعـرض لمـواد كيميائية[7].

---

[1] فهمي، أنيس، 1960، **أمراض الصيف**، دار المعارف، مصر، ص79.

[2] صالح، طارق أسامة، مرجع سابق، ص114.

[3] www.medicinenet.com/frostbite/article.htm-57k

[4] فهمي، أنيس، مرجع سابق، ص87-89.

[5] سليم، سمير رجب، **الصحة المهنية**. الجزء الثاني، مرجع سابق، ص42.

[6] بقيون، سمير، 2007، **الأمراض الجلدية**. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص158.

[7] فهمي، أنيس، مرجع سابق، ص94-97.

ومن الأمراض الجلدية أيضاً الصدفية الناتجة عن التهاب الجلد بشكل مزمن. ومن أعراض المرض ظهور بقع حمراء مغطاة بقشور بيضاء لامعة، وهي شبيهة بصدف البحر لذلك سميت بهذا الاسم[1].

وما زال السبب الرئيسي لحدوث الصدفية غير محدد. ولكن هناك عوامل مساعدة لها دور في حدوث الصدفية أهمها العوامل الوراثية. وقد لوحظ أن التعرض لأشعة الشمس يمكن أن يخفف من الحالة ولهذا فان الصدفية غالبا ما تقل حدتها في فصل الصيف[2].

وقد بلغ عدد مرضى الصدفية في العالم حوالي 125 مليون شخص. وتشير التقديرات العلمية أن نسبة انتشار مرض الصدفية في فلسطين يبلغ حوالي 1-1.5% من السكان، وغالباً ما يصيب المرض الأشخاص ما بين سن 14-40 سنة، ونسبة الإصابة به بين الرجال والنساء متساوية تقريباً[3].

جدول (20): عدد المصابين بأمراض جلدية في مناطق الدراسة من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005

المنطقة	عدد السكان حسب إحصائيات عام 2005	عدد المصابين بالمرض من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية	النسبة المئوية للمصابين بالمرض
مدينة رام الله	24599	871	3.5
مدينة البيرة	38192	298	0.78
مدينة دير دبوان	6692	78	1.1
قرية عارورة	2866	176	6.1
قرية عابود	2374	244	10.2
قرية دورا القرع	2646	148	5.5
قرية بلعين	1696	188	11.0

المصدر: - الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني,عدد السكان في محافظة رام الله والبيرة حسب التجمع للعام 2005.

- وزارة الصحة,مركز المعلومات الصحية الفلسطيني,الوضع الصحي في فلسطين.2005,2006.

[1] ورنر، ديفييد، مرجع سابق، ص216.

[2] شرف، عبد العزيز طريح، ص340-341.

[3] مشعل، رياض، 2007، **مرض الصدفية**، منشورات جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية بمناسبة المؤتمر السادس للأمراض للأمراض الجلدية في فلسطين، ص2.

يشير الجدول رقم (20) إلى عدد المصابين بأمراض جلدية في مناطق الدراسة والــذين توجهوا للعلاج في مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005 ونسبتهم المئوية من إجمالي عدد السكان. يتضح من الجدول السابق ارتفاع نسبة المصابين بالأمراض الجلدية فــي قريتــي بلعين وعابود وهذا يعود إلى ارتفاع درجات الحرارة بسبب قلة الارتفاع عن سطح البحر, حيث تراوحت درجات الحرارة بين 21 درجة مئوية في قرية عابود و22 درجة مئويــة فــي قريــة بلعين. إن ارتفاع درجات الحرارة يساعد على حدوث الالتهابات الجلدية بسبب زيــادة إفــراز العرق الذي يعتبر بيئة مناسبة لنشاط الجراثيم والميكروبات المسببة للأمراض الجلدية. كما تعود إصابة السكان بأمراض جلدية إلى الأعمال التي يمارسونها وتعرضــهم لمــواد كيميائيــة فــي المصانع والمعامل والورش وفي المناطق الزراعية مما يسبب الإصابة بالأمراض الجلدية وهذا ينطبق على مناطق الدراسة كلها.

إلى جانب ذلك ترجع أسباب الإصابة بالأمراض الجلدية فــي قريتــي عــارورة ودورا القرع إلى انخفاض نسبة الرطوبة في الجو حيث تتراوح بين 56 % فــي قريــة دورا القــرع و58% في قرية عارورة وهذا الانخفاض في الرطوبة مسؤول عن تشقق الجلد وجفافــه. إلــى جانب تدني المستوى المعيشي الذي يدفع الفرد إلى التفكير في سبل الحصول على المال لتــوفير متطلبات الحياة مما يعرض الفرد إلى الإجهاد الذهني والقلق وما يسببه من أمراض جلدية .

ترجع إصابة البعض بالأمراض الجلدية في مدن رام الله والبيرة ودير دبوان إلى ارتفاع نسبة الملوثات في الجو التي تؤثر سلبا على الجلد. كما أن تنوع المهن التي يعمل بها السكان في المدن وتنوع المواد التي يمكن أن يتعرضوا لها في مهنهم يؤدي إلى الإصابة بالأمراض الجلدية التي تعتبر من الأمراض المهنية.بلغ عدد مراجعي مركز الاونروا الصحي في مخيم الامعــري ممن يعانون من الأمراض الجلدية 1341مريض في العام2005وبذلك يشكل هؤلاء المرضــى نسبة 2.9% من إجمالي السكان الذين يتلقون الخدمات الصحية من مركز الاونروا الصحي في مخيم الامعري. يمكن إرجاع إصابة بعض السكان في مخيم الامعري بالأمراض الجلديــة إلــى كثرة التعرق الناتج عن افتقار المساكن إلى النوافذ الكافية التي توفر التهوية اللازمة وذلك بسبب ملاصقة البيوت لبعضها مما يسبب الإصابة بالأمراض الجلديــة. كمــا أن انخفــاض مســتوى المعيشة ومستوى النظافة وانعدام الوعي الصحي كلها عوامل تسهل إصابة الفــرد بــالأمراض الجلدية.

3. 1. 9 أمراض النظام العصبي والدماغ Diseases Of Nervous System

يعتبر الجهاز العصبي من أهم أجهزة الجسم. فهو الذي يتحكم في آلية أعضاء الجسم، فيستقبل كافة المعلومات الحسية التي تصل إليه من أعضاء الحواس ويجيب عليها بردود الفعل المناسبة.

يتعرض النظام العصبي للعديد من الاضطرابات، منها ما هو وراثي مثل مرض فصام الشخصية (الازدواجية) الذي يرى علماء النفس أن أصل المرض يعود إلى الوراثة بالدرجة الأولى[1], ومنها ما هو مكتسب. وأهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الاضطرابات المكتسبة الضوضاء، فالتعرض الفجائي أو المتراكم يؤثر على الجهاز العصبي ويؤدي إلى حدة الطبع، العصبية، القلق، قلة التركيز، التعرض للحوادث والضغط النفسي[2]. تعتبر الملوثات البيئية من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الاضطرابات في النظام العصبي، فالهواء الملوث يؤثر على الجملة العصبية المركزية على شكل صداع وشعور سريع بالتعب[3]. فمثلاً المبيدات الحشرية وهي من ملوثات الهواء تحتوي على المواد الهيدروكربونية المكورة، أو على الزئبق وكلهاتؤثر على النظم العصبية المركزية والمحيطة[4].

يعتبر مرض (الفصام Schizophrenia) من أمراض الجهاز العصبي وهو عبارة "عن انقسام النفس نتيجة مؤثرات نفسية وأمراض عقلية تؤدي إلى ابتعاده الشديد عن حقيقة ما يتصل به من معطيات اجتماعية ويفقد جميع ما يشده إلى العمليات العقلية والحياة الانفعالية"[5].

بلغ عدد المصابين بمرض الفصام في فلسطين 252 مريض من إجمالي العدد السكاني لفلسطين والذي يقدرب 2783084 نسمة (107 مرضى في الضفة الغربية و145 مريض في قطاع غزة) وذلك عام 2006، وفي محافظة رام الله بلغ عدد المصابين بهذا المرض 19 مريض وذلك في العام نفسه[6]من إجمالي عدد السكان لمحافظة رام الله والذي يقدر ب290385

---

[1] غالب، مصطفى، 1979، **فصام الشخصية "الازدواجية"**. مكتبة الهلال، بيروت، لبنان، ص22.

[2] الصفدي، عصام حمدي، مرجع سابق، ص113.

[3] المرجع السابق، ص108.

[4] العروسي، حسين، **التلوث المنزلي**، الطبعة الثانية، مرجع سابق، ص90-91.

[5] غالب، مصطفى، مرجع سابق، ص11.

[6] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين، 2006**، آب 2007.

نسمة.وبقسمة عدد المرضى في فلسطين على العدد الكلي للسكان في فلسطين نحصل على نسبة المرضى التي تبلغ 0.009% من إجمالي عدد السكان,أما في محافظة رام الله والبيرة فقد بلغت نسبة مرضى الفصام 0.006 % من إجمالي عدد السكان.

يعتبر مرض (الصرع Epilepsy) أحد الاضطرابات العصبية التي تميزها حدوث نوبات فجائية من فقدان الوعي الذي يقترن غالباً بالتشنج. وتتفاوت هذه النوبات في شدتها ومعدل ترددها وفي فترات الوقت الذي تستغرقه[1]. وتظهر علاقة هذا المرض بأحوال الجو من خلال معاناة المصابين بالمرض من ذبذبات شبه فصلية وتبلغ قمتها في نوفمبر وديسمبر والى حد ما في مايو بينما تقل في الصيف[2].

في عام 2006 بلغ عدد المصابين بمرض الصرع في فلسطين 283 مريض من إجمالي عدد السكان المقدر ب 2783084 نسمة(156 مريض في الضفة الغربية، 127 مريض في قطاع غزة). أما في محافظة رام الله والبيرة فقد بلغ عدد المصابين بمرض الصرع 36 مريض وذلك في العام نفسه[3] من إجمالي عدد السكان المقدر ب290385نسمة وبذلك تكون نسبة مرضى الصرع في فلسطين 0.010 % من إجمالي عدد السكان أما في محافظة رام الله فنسبتهم0.012 % من إجمالي عدد السكان.

كما تعتبر الشقيقة "الصداع النصفي" أحد أمراض الجهاز العصبي وهي عبارة عن صداع شديد يأخذ شكل نوبات قد تمكث النوبة في الغالب ساعات أو أياماً يصاحبها في الغالب اضطراب بصري، غثيان, قيء ودوار[4].

هذا وتحدث أكثر نوبات الصداع النصفي (الشقيقة) أثناء الاضطرابات الجوية المصحوبة بعواصف رعدية وأثناء الارتفاع بالضغط الجوي والانخفاض بالرطوبة النسبية والبرودة التي تعقب مرور الجبهات[5].

---

[1] بيرم، عبد الحسين، مرجع سابق، ص214.

[2] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص85.

[3] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين، 2006**، مرجع سابق.

[4] الموسوعة الطبية، 1994، **الجهاز العصبي وأمراضه**. المجلد الثاني عشر، الشركة الشرقية للمطبوعات، ص2140.

[5] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص85.

تم تسجيل 1592 حالة اضطراب نفسي في فلسطين في عيادات الصحة النفسية المجتمعية لعام 2003، وقد لوحظ أن معدل الإصابة بالاضطرابات النفسية لعام 2003 أعلى من معدل الإصابة بالاضطرابات النفسية لعام 2000[1], وهذا يعكس مدى التأثير السلبي للوضع السياسي غير المستقر، وتأثيرات انتفاضة الأقصى على نفسية الشعب الفلسطيني.

وفي عام 2006 بلغ عدد الذين يعانون من الاضطرابات العقلية في فلسطين 1835 حالة (601 مريض في الضفة الغربية و1234 مريض في قطاع غزة)[2]. وربما يعود ارتفاع عدد المصابين بالأمراض العقلية والنفسية في قطاع غزة إلى تدهور الأوضاع الأمنية والاجتماعية والاقتصادية وأثرها على الصحة النفسية للسكان.أما في مناطق الدراسة فان الأمراض النفسية لم تظهر في قائمة الأمراض المنتشرة في مجتمع الدراسة وقد يعود ذلك إلى خجل بعض السكان من الإفصاح عن أية أمراض نفسية أو عقلية يمكن أن يعاني منها احد أفراد الأسرة, كما أن البعض قد لا يرون أن الاضطرابات النفسية يمكن أن تصنف كأمراض.

3. 1. 10 أمراض السرطان Cancer Diseases

يعتبر السرطان المرض المرعب الذي يخشى الكثير ذكر اسمه. يعرف السرطان بأنه ورم خبيث، ناتج عن تحول أو تغير في الخلية الطبيعية والتي تنمو نمواً شاذاً عن المألوف وتتكاثر إلى الأبد إن لم تستأصل أو تباد[3]. وبالرغم من أن الأسباب الفعلية لمرض السرطان لا تزال مجهولة, إلا انه يمكن تقسيم الأسباب المؤدية للإصابة بالمرض إلى مجموعتين هما:

- **العوامل الخارجية:** أي العوامل التي تأتي من البيئة المحيطة، وغالبية الأمراض السرطانية ترتبط بشكل ما بعوامل البيئة.

يعتقد العلماء أن 80-90% من جميع حالات الإصابة بالسرطان ترجع بصفة مباشرة أو غير مباشرة إلى عوامل بيئية، والنسبة القليلة الباقية هي التي تلعب فيها عوامل وراثية دوراً في تسهيل الإصابة به[4].

---

[1] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين، يوليو** 2003، مرجع سابق.

[2] المرجع السابق.

[3] بيرم، عبد الحسين، مرجع سابق، ص176.

[4] العروسي، حسين، **التلوث المنزلي**، الطبعة الثانية، مرجع سابق، ص119.

إن للبيئة الملوثة دوراً كبيراً في إحداث الأمراض السرطانية، فعوادم السيارات تحتـــوي على مواد سامة تلوث الهواء من بينها مادة البنزبيرين المسببة للسرطان، ومـــن هنـــا تتضـــح خطورة عوادم السيارات على صحة الإنسان[1]. تعتبر المواد الكيماوية والإشعاعية من ملوثـــات البيئة والمؤدية للإصابة بأمراض السرطان والتي تنتقل للإنسان عن طريـــق النبـــات والمـــاء والهواء مثل الزرنيخ والكروم ومركبات الفسفور العضوية ذات السمية الشديدة والتي تدخل في صناعة المبيدات[2].

يعتبر السرطان من الأمراض المنقولة بواسطة الغذاء، فالمشروبات والأغذية والأدويـــة وبعض المرطبات تؤدي إلى الإصابة بأمراض السرطان من خلال ما يضاف لها من أصـــباغ وألوان ومواد حافظة[3]. فالألوان الصناعية والتي تعتبر ماكياجا للأغذيـــة وخـــداعا للمســـتهلك, ومكسبات الطعم المحرمة في معظم دول العالم هي السبب الرئيسي فـــي قائمـــة طويلـــة مـــن الأمراض تبدأ بالإسهال وتنتهي بالسرطان.

كما وجد العلماء أن هناك علاقة وثيقة بين أنواع السرطان والبيئـــة الجغرافيـــة فمـــثلاً سرطانات الفم والبلعوم هي أكثر الأنواع انتشاراً في الهند وهذا يعود إلى ممارسة عادة مضـــغ التبغ الممزوج بجوزة الطيب، أما سرطان المعدة فيشكل مشكلة خطيرة في اليابان فلقد وصل إلى متوسط 98 حالة لكل 100 ألف نسمة[4]. ومن الأسباب الأخـــرى المرتبطـــة بالبيئـــة المحيطـــة والمؤدية إلى الإصابة بأمراض السرطان التدخين، حيث أن 30% من وفيات مرض الســـرطان بكافة أشكاله يسببه التدخين[5].

[1] ارناؤوط، محمد السيد، مرجع سابق، ص98.

[2] **أبحاث المؤتمر الفلسطيني الأول حول مرض السرطان بين الوقاية والعلاج**، المنعقد في الفترة الزمنية بين 5-6 كـــانون أول 1996، جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، نابلس، فلسطين، ص207.

[3] الحفار، سعيد محمد، 1990، **البيئة والأورام: علم السرطان البيئي**. دار الفكر المعاصر، بيروت، لبنان، ص38-39.

[4] الحفار، سعيد محمد، مرجع سابق، ص36-48.

[5] المرجع السابق ص71.

– **العوامل الداخلية:** وهذه ترتبط بتركيبة الجسم من ناحية مستويات الهرمونـــات والتحـــولات الوراثية الموروثة وحالات المناعة. فالأشخاص الذين يملكون أقارب مصابين بالســـرطان قـــد يكونون أكثر عرضة للمرض[1].

وفيما يتعلق بالتوزيع الجغرافي لمرض السرطان يمكن القول بأنه لا توجد منطقة فـــي العالم تخلو من المصابين بهذا المرض، لكن نسبة الإصابة بهذا المرض تتفاوت من منطقة إلـــى أخرى. حيث ترتفع نسبة الإصابة بالسرطان في البلدان الصناعية والمتقدمة مقارنة مع البلدان النامية, وهذا يعود إلى ارتفاع نسبة الملوثات الناتجة عن النشاط الصـــناعي, وتأثيرهـــا علـــى عناصر البيئة, مما يؤثر سلبا على الصحة والسلامة العامة.

وفي فلسطين يعتبر السرطان من الأسباب الحقيقة للوفاة، حيث يحتل المرتبة الرابعة من بين مسببات الوفاة في فلسطين. فقد بلغت نسبة الوفيات الناتجة عن الإصابة بهذا المرض 9% من إجمالي عدد الوفيات وذلك في العام 2003[2]. أما فيما يتعلق بنســـبة المصـــابين بـــأمراض السرطان في فلسطين فانه من الصعب الحصول على إحصائيات حول عدد المصابين بأمراض السرطان وذلك بسبب رفض الكثير من المرضى الإفصاح عن مرضهم وهذا ما أدلى به أمـــين سر جمعية البلسم لرعاية مرضى السرطان في مدينة رام الله,تلك الجمعية التي تشـــرف عليهـــا وزارة الشؤون الاجتماعية حيث تقدم خدماتها لمرضى السرطان على صورة تحويلات للعـــلاج في خارج المؤسسات الصحية الفلسطينية[3],كما عبر رئيس مجلس قروي عـــابود عـــن مـــرض السرطان بأنه أمر سري لدى المريض يرفض الإفصاح عنه ويفاجأ أهل القرية لدى سماعهم عن موت احد الأفراد بمرض السرطان[4].

بلغت نسبة المصابين بامراض السرطان في مناطق الدراسة 1.8% من اجمـــالي عـــدد المرضى في مناطق الدراسة موزعة كالآتي:(2.87% في مدن الدراســـة,0.96% فـــي قـــرى

[1] الدليل إلى سرطان النساء، مرجع سابق، ص24.

[2] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين، 2003**، مرجع سابق.

[3] مقابلة شخصية مع السيد حسين أبو غوش,أمين سر جمعية البلسم لعلاج مرضى السرطان,رام الله,يلول2008.

[4] مقابلة مع السيد إلياس صالح عازر, مرجع سابق.

الدراسة) [1].يمكن ارجاع الاصابة بامراض السرطان في المدن الى ارتفاع نسب الملوثـات فـي البيئة مثل تلوث الهواء بالغازات الضارة المنبعثة من عوادم السيارات الى جانب اعتماد بعـض الاسر على الاغذية السريعة التحضير كالاغذية المحفوظة في علب او المجمدة وهـذه تحتـوى على مواد حافظة والوان صناعية تؤدي الى الاصابة بامراض السرطان.اما في قرى الدراسـة فان الاصابة بامراض السرطان سببها عوامل بيئية مثل تلوث التربة والمياه الجوفية بالاسـمدة الزراعية الكيماوية واستخدام مبيدات الآفات التي تصل الى الانسـان عـن طريـق النباتـات والحيوانات,اما في المخيم فلم تظهر النتائج وجود مصابين بامراض السرطان وهذا يعود الـى امتناع المصابين عن الافصاع عن اصابتهم بالمرض.

3. 1. 11 أمراض العيون Eyes Diseases

العيون من أكثر أعضاء الجسم حساسية, وتتطلب رعاية خاصة. وأمراض العين هـي اضطرابات شائعة تعرقل وظيفة العين الطبيعية.

تصرح منظمة الصحة العالية بأن التزايد الخطير في أعداد فاقدي البصر يرجـع فـي المقام الأول إلى عوامل بيئية أهمها التلوث الميكروبي في الغذاء والماء وتكاثر الغبار والإفراط في التدخين.فالتلوث البيئي يمثل 50% من أسباب الإعاقة البصرية[2]. فمثلاً انتشار مركبات مثل ثاني أكسيد النيتروجين وأكاسيد النتريك في الجو تؤدي إلى تكوين الضبخان الكيمـاوي الـذي يؤدي إلى حرق العيون وتهيجها[3].

تعتبر أمراض العيون من الأمراض التي ترتبط بطبيعة المناخ، حيث أنها أكثر أجـزاء الجسم حساسية للجو. ففي فصل الصيف تنتشر أمراض العيون، وهذا يرجع إلى الأشعة الضوئية التي تجهد العين، كما تكثر الجراثيم في فصل الصيف، حيث الحرارة والجفاف يساعدان علـى تناثر الغبار والأتربة في الجو وكلها تؤدي إلى إصابات في العين.

ومن أهم الأمراض التي تصيب العين الرمد وهو أنواع فهناك الرمد الربيعي الذي هـو عبارة عن حساسية تتكرر موسمياً وتصيب أغشية العين الخارجية، وهـو أكثـر شـيوعاً فـي

---

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

[2] ارناؤوط، محمد السيد، مرجع سابق، ص122-123.

[3] وهبي، صالح، مرجع سابق، ص131.

المناطق الحارة والجافة. وأعراض الرمد الربيعي يمكن أن تظهر طوال العام، ولكن الأعراض تكون أكثر شدة في فصلي الصيف والربيع لذلك يبدو المرض موسمي[1]، كما هناك نـوع مـن الأرماد يسمى الرمد الحديدي، وهو التهاب شديد يصيب العينين معاً أو العين تلو الأخرى، وتشتد حدة هذا المرض في الشهور الأخيرة من الصيف وفي فصل الخريف، ويقل حدوثه في فصـل الشتاء[2].

ومن الأمراض الأخرى التي تصيب العين ارتفاع ضغط العـين (الجلوكومـا) أو كمـا يسميه البعض "المياه الزرقاء", وهو مرض يسببه ارتفاع ضغط العين ويصيب عادة الأشخاص بعد الأربعين من العمر[3]. ويكثر حدوث هذا المرض في أبرد شهور السنة وأشدها حـرارة، إلا أنها تقل عموماً في الصيف عنها في الشتاء[4].

جدول (21): عدد المصابين بأمراض العيون في مناطق الدراسة من مراجعي مراكز الرعايـة الصحية الأولية في العام 2005

المنطقة	عدد السكان حسب إحصائيات عام 2005	عدد المصابين بالمرض من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية	النسبة المئوية للمصابين بالمرض
مدينة رام الله	24599	274	1.1
مدينة البيرة	38192	133	0.3
مدينة دير دبوان	6692	37	0.5
قرية عارورة	2866	36	1.2
قرية عابود	2374	92	3.8
قرية دورا القرع	2646	72	2.7
قرية بلعين	1696	59	3.4

المصدر: - الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني,عدد السكان في محافظة رام الله والبيرة حسب التجمع للعام 2005.

- وزارة الصحة,مركز المعلومات الصحية الفلسطيني,الوضع الصحي في فلسطين.2005,2006.

---

[1] الإغاثة الطبية الفلسطينية، 2001، **نشرة حول مرض الرمد الربيعي.**

[2] فهمي، أنيس، مرجع سابق، ص115.

[3] ورنر، ديفيد، مرجع سابق ص222.

[4] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص387.

يشير الجدول رقم (21) إلى عدد المصابين بأمراض العيون في مناطق الدراسة والذين توجهوا للعلاج في مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005 ونسبة الإصابة بهم. يتضح من الجدول ارتفاع نسبة المصابين بأمراض العيون في قريتي عابود وبلعين مقارنة مع بقية مناطق الدراسة. ويعود ذلك إلى ارتفاع درجة الحرارة في القريتين ارتباطا مع قلة ارتفاعهما عن سطح البحر. إن ارتفاع درجات الحرارة يساعد على نشاط الجراثيم التي تؤدي إلى الإصابة بأمراض العيون.

ترجع إصابة بعض السكان بأمراض العيون في قريتي دورا القرع وعاروره إلى هبوب الرياح المحملة بالغبار في فصل الصيف والتي تؤدي إلى التهابات تصيب العين. مثل هبوب الرياح الشرقية من أصل صحراوي وهذه تكون محملة بالأتربة والرمال التي تؤدي إلى انتشار أمراض العيون. تنتشر في المدن عادة الملوثات الناتجة عن مختلف الأنشطة التي يمارسها السكان في المدن وهذه الملوثات تنتشر في الهواء المحيط مما يؤثر على العين التي تعتبر من الأعضاء الأكثر تأثرا بالبيئة الخارجية. وفي مدن رام الله والبيرة ودير دبوان تنتشر المصانع والورش والمعامل ووسائل النقل والمواصلات التي ينتج عنها الملوثات على اختلاف أنواعها مما يسبب الإصابة بأمراض من بينها أمراض العيون. يفتقر مركز الاونروا الصحي إلى وجود البيانات الرقمية حول عدد المصابين بأمراض العيون في مخيم الامعري.

أما في مجتمع الدراسة فتشير النتائج إلى ظهور أمراض العيون في قائمة الأمراض التي يعاني منها سكان منطقة الدراسة وقد بلغت نسبة المصابين بأمراض العيون 5.2% من إجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة موزعة كالآتي:(1.9% في مدن الدراسة,1.4% في قرى الدراسة,1.9% في مخيم الدراسة) [1].من الملاحظ ارتفاع نسبة المصابين بامراض العيون في مخيم الامعري وهذا يعود الى انتشار الملوثات الناتجة عن وجود المعامل والورش ووسائل المواصلات في بيئة المخيم المكتظة وهذه تؤدي الى التهابات تصيب العين.

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

3. 1. 12 أمراض الأذن والأنف والحنجرة Diseases of the Ear, Nose, Laryngitis

ترتبط أعضاء الأذن والأنف والحنجرة بشكل مباشر مع بعضها البعض , وهذه الأعضاء كلها موجودة في الرأس والرقبة لذلك تتم معالجة الأذنين والأنف والحنجرة ضمن اختصاص واحد.

تعتبر أمراض الأذن والأنف والحنجرة من أمراض الشتاء. فانخفاض درجات الحرارة يساعد الفيروسات والجراثيم على مهاجمة الجهاز التنفسي، وسهولة انتقال العدوى في ظل إغلاق الأبواب والنوافذ التماساً للدفء.

والأذن التي هي عضو السمع في الجسم، تقسم إلى أذن خارجية تجمع الموجات الصوتية، وأذن وسطى تحولها من موجات هوائية إلى حركات ميكانيكية وأذن داخلية تستقبل هذه الموجات وتنقلها إلى الدماغ لتحليلها[1].

ومن الأسباب التي تؤدي إلى اضطرابات في الأذن شدة الضجيج، فطول فترة سماع الضجيج وشدته قد تؤدي إلى نقص في السمع أو فقدانه. يتعرض العاملون في مناشير الحجر لضجيج شدته أكثر من 80 ديسيبل، مما يؤدي إلى الإصابة بما يسمى الصمم المهني. وهو عبارة عن نقص تدريجي في كفاءة الجهاز السمعي للفرد الذي يتعرض لهذه الشدة من الضجيج لمدة 8 ساعات يومياً ولفترة تصل إلى أكثر من 10 سنوات, وبالتالي يصبح من المتعذر الشفاء من هذه الحالة[2].

ومن الأمراض التي تصيب الأذن السيلان وهو خروج سائل من الأذن نتيجة إصابتها بالتهاب حاد في الداخل يؤدي إلى انثقاب طبلة الأذن نتيجة لضغط الالتهاب الحاد فيها[3]. بلغت نسبة الذين يعانون من اضطرابات في الأذن في مجتمع الدراسة 3.8% من إجمالي المرضى في مناطق الدراسة,كانت النسبة الاعلى من المصابين في قرى الدراسة حيث بلغت نسبتهم 1.9%

---

[1] الموسوعة الطبية، 1994، **الأذن وأمراضها**. الشركة الشرقية للمطبوعات، ص1776.

[2] مصلح، ريم وفلفل، ميسون، مرجع سابق، ص40.

[3] جريدة الرياض، 2004، **سيلان والتهاب الأذن الوسطى**، العدد 13217، تاريخ سحب الملف، 13 مايو 2008.
http://www.alriyadh.com/Contents/28-08-2004/Mainpage/SAHA-2826.php.

من اجمالي عدد مرضى الاذن في مناطق الدراسة[1]وهذا يعود الى ضـــعف الاهتمـــام بصـــحة وسلامة الاذن.

أما الأنف فهو بوابة الجهاز التنفسي، يستقبل الهواء ويعدل من حرارته بواسطة أغشيته المخاطية. وأمراض الأنف عديدة ومن الأمثلة عليها التهاب الجيوب الأنفية الموجودة في عظـــم الجمجمة والتي تصب في الأنف، وغالباً ما يحدث الالتهاب بعد الإصابة بالتهاب في الحلـــق أو الأذن أو بعد زكام شديد[2]. يعتبر فصلي الربيع والخريف من أكثر الفصول التـــي يكثـــر فيهمـــا الإصابة بالتهابات الجيوب الأنفية, حيث المناخ انتقالي تسوده التغيرات الجوية التي تعتبر غريبة على الجسم فيستجيب لها بالالتهابات التي تصيب المنطقة التي تحتك بهـــذه التغيـــرات الجويـــة مباشرة وهي الأنف والحلق من خلال عملية التنفس.

كما يصاب الأنف بحساسية تسمى (حمى القش) التي تسبب جريان الأنـــف والشـــعور بالحكة في العين نتيجة حساسية الفرد من شيء معين, وكثيراً ما تزداد الحساسية فـــي أوقـــات محددة من السنة وخاصة فصل الربيع أو مع تغير الطقس[3], وقد بلغت نسبة الذين يعانون مـــن حساسية في مجتمع الدراسة 2.8% من إجمالي المرضى في مجتمع الدراسة موزعة كـــالآتي: (1.4% في مدن الدراسة,0.96% في قرى الدراسة,0.48% في مخيم الدراسة) [4].

أما الحنجرة فهي جزء من مجرى التنفس وعضو في الجهاز الصـــوتي وتتصـــل مـــن الأعلى بالبلعوم ومن الأسفل بالقصبة الهوائية[5]. تتعرض الحنجرة كغيرها من أعضـــاء الجســـم للإصابة بالالتهابات التي قد تكون حـــادة أو مزمنـــة، تصـــيب الغشـــاء المخـــاطي المـــبطن للحنجرة.يرتبط انتشار التهاب الحنجرة عادة بفصل الشـــتاء أو البلـــدان ذات الطقـــس البـــارد,

---

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

[2] بيرم، عبد الحسين، مرجع سابق، ص43.

[3] ورنر، ديفيد، مرجع سابق، ص165.

[4] نتائج تحليل استبانة الدراسة

[5] بيرم، عبد الحسين، 1984 مرجع سابق، ص130.

وأسباب هذا الالتهاب متعددة أهمها نزلات البرد أو الأنفلونزا أو الحصبة التي يصاحبها التهـــاب الحنجرة [1].

جدول (22): عدد المصابين بأمراض الأذن والأنف والحنجرة في مناطق الدراسة من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية

المنطقة	عدد السكان حسب إحصائيات عام 2005	عدد المصابين بأمراض الأذن	النسبة المئوية للمصابين بالمرض	عدد المصابين بأمراض الأنف	النسبة المئوية للمصابين بالمرض	عدد المصابين بأمراض الحنجرة	النسبة المئوية للمصابين بالمرض
مدينة رام الله	24599	322	1.3	40	0.1	5	0.02
مدينة البيرة	38192	176	0.4	66	0.1	44	0.1
مدينة دير دبوان	6692	37	0.5	45	0.6	0	0.0
قرية عارورة	2866	63	2.1	1	0.03	0	0.0
قرية عابود	2374	122	5.1	2	0.08	0	0.0
قرية دورا القرع	2646	72	2.7	0	0.0	0	0.0
قرية بلعين	1696	46	2.7	12	0.7	22	1.2

المصدر: - الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني,عدد السكان في محافظة رام الله والبيرة حسب التجمع للعام 2005.

- وزارة الصحة,مركز المعلومات الصحية الفلسطيني,الوضع الصحي في فلسطين.2005,2006.

يشير الجدول رقم (22) إلى عدد المصابين بأمراض الأذن والأنف والحنجرة في مناطق الدراسة والذين توجهوا للعلاج في مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005. يتضح مـــن الجدول ارتفاع نسبة المصابين بأمراض الأذن في قرية عابود ويمكن إرجاع ذلك إلـــى وجـــود منشار الحجر في القرية وضمن المنطقة السكنية وما ينتج عنه من ضوضاء يؤدي التعرض لها بشكل مستمر إلى أمراض أهمها أمراض الأذن. أما قريتي دورا القرع وبلعـــين فربمـــا يعـــود إصابة بعض السكان بأمراض الأذن إلى هبوب الرياح الغربية على قرية بلعين والرياح الشرقية على قرية دورا القرع التي قد تحمل معها الملوثات التي تؤدي إلى إصـــابة الأذن بالالتهابـــات. يتضح من الجدول أيضا انخفاض نسبة المصابين بأمراض الأذن والأنـــف والحنجـــرة والـــذين توجهوا لمراكز الرعاية الصحية الأولية لتلقي العلاج وذلك بسبب توجه كثير من المرضى إلـــى

[1] القحطاني، جابر بن سالم، 2006، **الزنجبيل مع العسل يشفي من التهاب الحنجرة**. جريدة الريـــاض، العـــدد 13783. تاريخ سحب الملف 26 حزيران 2008 .http://www.alriyadh.com/2006/03/20/article139505.htm

العيادات المختصة التابعة للقطاع الخاص لتلقي العلاج حيث تفتقر العيادات الحكومية لوجود أطباء مختصين. أما في مخيم الامعري فان مركز الاونروا الصحي يفتقر لوجود بيانات رقمية حول عدد مرضى الأذن والأنف والحنجرة.

3. 1. 13 أمراض الأسنان والفم واللثة Oral Diseases

تتم معالجة أمراض الفم والأسنان عند الكثير من الأفراد عندما يصل التسوس إلى الجذور, ويتكون تعفن وصديد, مما يؤدي إلى الشعور بآلام تدفع الفرد إلى البحث عن العلاج.

يستخدم عنصر الفلورايد للوقاية من تسوس الأسنان، ولكن بكميات محدودة. وتعتبر مياه الشرب هي الطريقة الرئيسية لوصول عنصر الفلورايد الى الجسم[1]، وأفضل معدل للفلورايد الذي يقلل تسوس الأسنان هو جزء واحد في المليون[2].

يتبع الناس بعض العادات الغذائية التي تؤذي صحتهم مثل تناول المشروبات الغازية التي تحتوي على نسبة عالية من السكريات والأحماض مثل حمض الستريك، وهذه تؤثر بدورها على الأسنان فتؤدي إلى تسوسها وتلفها في عمر مبكر[3]، وتآكل طبقة المينا، حيث أثبتت الدراسات الأمريكية وجود علاقة بين التسوس وزيادة تناول المشروبات الغازية[4].

تعتبر أمراض اللثة من أمراض الفم التي تسببها الجراثيم والتي تنشط في ظروف اصفرار الأسنان، فتقوم الجراثيم بإذابة طبقة المينا التي تحمي الأسنان, فينتج عن الإذابة فجوات وعلى طول حافة اللثة أيضاً[5].

---

[1] المنيف، ماجد، 2003، **الفلورايد يقي أسناننا من التسوس.** جريد الرياض، العدد 12809 تاريخ سحب الملف 8 حزيران 2008. http://www.alriyadh.com/Contents/17.07-2003/Mainpage/SAHA-1560php.

[2] الصفدي، عصام حمدي، مرجع سابق، ص170.

[3] ورنر، ديفيد، مرجع سابق، ص150.

[4] العبادي، عدي، 2003، **هل تصبح المشروبات الغازية بديلاً عن مياه الشرب الملوثة**، جريدة الصباح، تاريخ سحب الملف، 24 حزيران 2008. http://www.alsabaah.com/paper.php?source=akbar&mlf=copy&sid=20707

[5] علم وتكنولوجيا، 2007، **أطباء ألمان يحذرون من اصفرار الأسنان وأمراض اللثة**. تاريخ سحب الملف. تاريخ سحب الملف 20 حزيران 2008. http://www.dw.world.de/dw/article/O.2144.2420027.00.htm

بلغ عدد المراجعين لمركز الأنوروا الصحي في مخيم الأمعري لتلقي العلاج لأمـــراض الفم والأسنان 7157 مريض[1], وهؤلاء يشكلون ما نسبته 15.9% من إجمالي عدد الأفراد الذين تشملهم خدمات مركز الاونروا الصحي والبالغ عددهم45000 نسمة.ومن الجـــدير بالـــذكر أن معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة للقطاع الحكومي في محافظة رام الله وغيرها مـــن المحافظات الفلسطينية تفتقر لوجود عيادات لعلاج أمراض الفم والأسنان, لهذا لم يتضـــح عـــدد مرضى الفم والأسنان في مناطق الدراسة, مما يجعل الحصول على المعلومات الخاصة بأمراض الفم والأسنان صعب. كما أن كثير من أطباء الأسنان لا يحتفظون بملفات خاصة بمرضاهم وان وجدت بعض الملفات فإنها لا تظهر المعلومات المطلوبة.

[1] مقابلة شخصية مع الدكتور خالد الحلو، مرجع سابق.

جدول (23): ملخص لأهم خصائص مناطق الدراسة ونسب الاصابة بالامراض

المنطقة	مدينة رام الله	مدينة البيرة	قرية دير دبوان	قرية عارورة	قرية عابود	قرية دورا القرع	قرية بلعين	مخيم الأمعري
المساحة / دونم	14.700	7200	7332	1198	15007	4500	3992	300
الارتفاع عن سطح البحر م	860	867	770	500	450	730	320	750
معدل الحرارة السنوي	17.1	17.1	18	20	21	18	22	18
سرعة الرياح كلم / ساعة	17.3	17.3	17	16	16	17	14	17
معدل الأمطار السنوي ملم	615	618	600	500	500	600	450	600
المستعمرات	جيعات هيروشيد, كوخاف يعقوب	بتسجوب بيت ايل	معلي مخماس	--	بيت أربيه	بيت ايلB ميكابيم	موديعيين عيليت	--
أمراض القلب	1.4	3.4	5.6	10.7	3.6	11.6	8.3	2.3
أمراض الضغط	1.8	2.1	3.3	8.5	3.2	8.4	4.8	--
السكري	0.8	0.9	5.5	8.2	3.6	7.3	11.9	1.4
فقر الدم	0.1	0.2	0.8	0.7	2.2	2	0.6	--
أمراض المفاصل	0.4	0.2	4.2	11.5	11.2	12.4	12	0.96
أمراض الكلى والمسالك البولية	0.2	0.5	0.4	3.1	10.1	2.3	4.9	--
أمراض الجهاز التنفسي	0.6	4.3	10.1	25.4	32.7	29.8	27.3	0.48
قرحة المعدة	0.009	0.01	--	0.03	0.03	--	0.05	--
الأمراض الجلدية	0.7	0.6	1.1	5.7	9.6	6.8	10.7	--
أمراض العيون	0.2	0.3	0.5	1.1	3.6	2.6	3.3	1.9
أمراض الأذن	0.2	0.4	0.5	2	4.8	2.5	2.6	0.96
أمراض الأنف	0.03	0.1	0.6	0.03	0.07	--	0.06	--
أمراض الحنجرة	0.004	0.01	--	--	--	--	1.2	--

المصدر: تجميع الباحثة، 2008.

الفصل الرابع

الخدمات الصحية في محافظة رام الله والبيرة

4. 1 مقدمة

تعتبر الخدمات الصحية من أهم الخدمات التي تقدمها الدولة لمواطنيها. فهي خدمات يترتب عليها الحفاظ على الإنسان في جميع مراحل عمره المختلفة. يعتبر توفير الخدمات الصحية حق أساسي لكل مواطن وواجب على الدولة توفيرها، وتوفير الإمكانيات اللازمة لرفع مستوى الخدمة الطبية في شتى صورها وفروعها بحيث تصل إلى كل مستحق لها ومنتفع بها.

هناك اهتمامات ودوافع وراء دراسة الخدمات الصحية منها ندرة الموارد والإمكانيات وتزايد الطلب على الخدمات الصحية في ضوء الازدياد المطرد للسكان. لذلك ينبغي توفير الخدمات الصحية اللازمة للسكان، بحيث تكون هناك زيادة في حجم الخدمات الصحية المقدمة تتفق مع الزيادة في عدد السكان. لا يكفي زيادة حجم الخدمات الصحية فقط وإنما ينبغي أيضاً تحسين نوعية الخدمات المقدمة. ففي الماضي كان الاهتمام منصباً على توفير الأجهزة والمعدات والكوادر البشرية، ولكن أصبح الاهتمام الآن منصباً على تقديم الخدمات الصحية ذات نوعية جيدة.

ترمي الخدمات الصحية إلى تحقيق هدف أساسي على المستوى الشخصي، وهو الوقاية من المرض أولا والشفاء من المرض إذا أصاب الفرد لاحقا. فإن لم يكن ذلك فيتدنى الهدف إلى التخفيف من آلام المرضى.

تقسم طبيعة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في الأراضي الفلسطينية إلى نوعين أساسيين هما: خدمات الرعاية الصحية الأولية والتي يقصد بها الخدمات الصحية الشاملة المتواصلة بما فيها التشخيص والعلاج الأولى والإشراف الصحي وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة. وخدمات الرعاية الصحية الثانوية والتي تمثل المستشفيات والتي تهدف إلى توفير خدمات تشخيصية وعلاجية لمختلف الظروف الطبية جراحية كانت أم غير جراحية. تقدم معظم المستشفيات أيضاً خدمات لمرضى العيادات الخارجية وخاصة خدمات

الطوارئ[1]. يتولى الإشراف على تقديم الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية أربع جهات هي:

- وزارة الصحة الفلسطينية.
- وكالة الغوث لتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا).
- المنظمات غير الحكومية.
- القطاع الخاص.

4. 2 الخدمات الصحية الحكومية في محافظة رام الله والبيرة (Ministry of Health)

وهي تلك الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية. أولت السلطة الوطنية اهتماماً خاصاً للقطاع الصحي بشكل عام، والرعاية الصحية الأولية وصحة الطفل بشكل خاص، حيث احتل ثاني أهم قطاع بعد التعليم في خطة الحكومة التنموية. تسعى الحكومة إلى تطوير القطاع الصحي وذلك من خلال التنسيق والتعاون مع المنظمات الدولية المعنية بالصحة، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية[2].

بلغ عدد المنشآت الصحية في الأراضي الفلسطينية 4281 منشأة، منها 616 منشأة صحية تابعة للقطاع الحكومي. بلغ الإنفاق الإجمالي على الصحة في الأراضي الفلسطينية عام 2005 نحو 221 مليون دولار أمريكي، أي ما نسبته 6.6% من الناتج المحلي. في حين بلغ الإنفاق الصحي في مصر ما نسبته 4.8% من الناتج المحلي, بينما وصل في الأردن إلى 6.8% من الناتج المحلي وذلك في العام نفسه[3]. بلغت نسبة مساهمة القطاع الحكومي في الإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطيني 42.3% وذلك عام 2005[4].

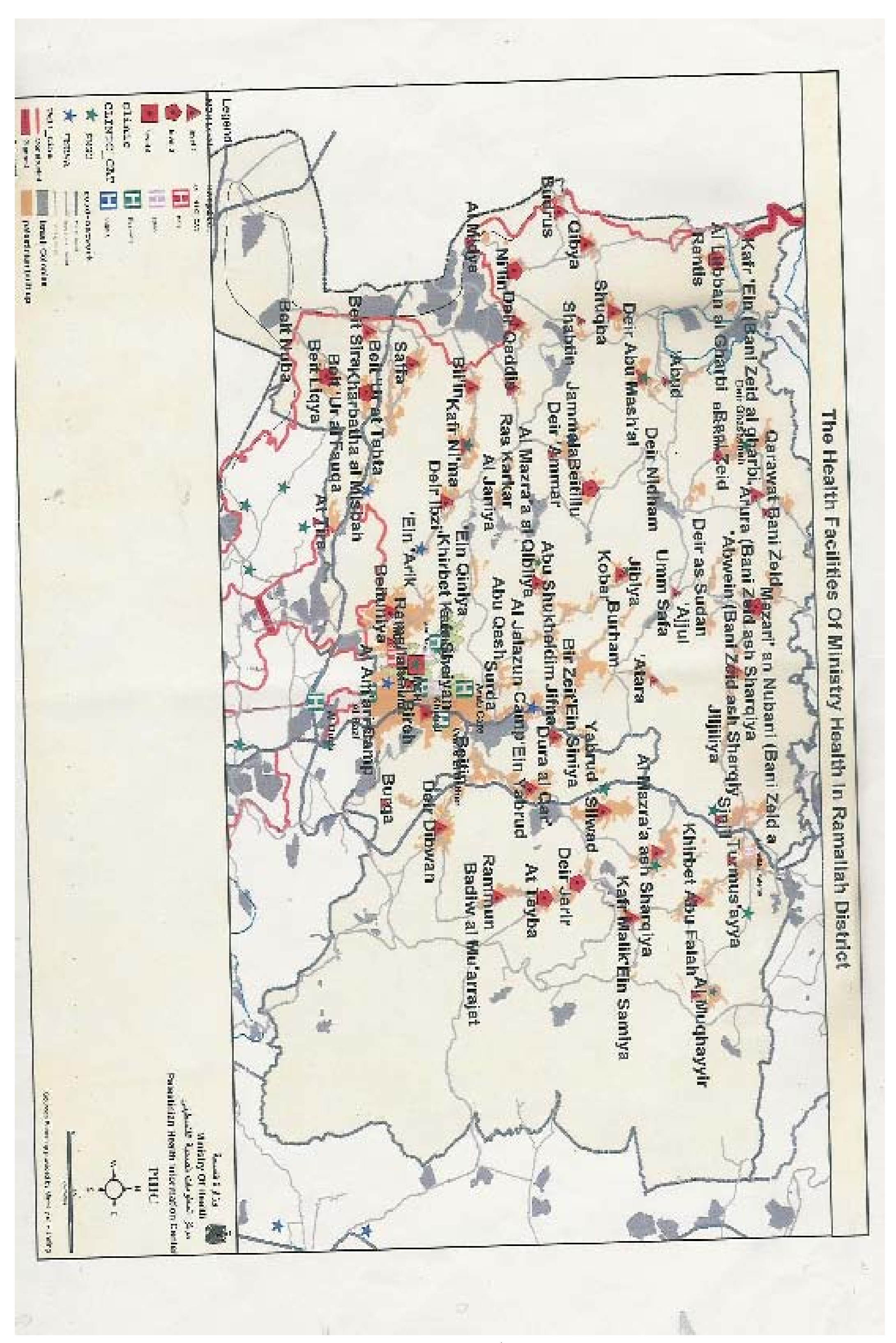
---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي الديمغرافي**، 2004، التقرير النهائي، شباط/ فبراير، 2006، ص41-42.

[2] المرجع السابق، ص41.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها**، 2005، النتائج الأساسية حزيران/ يونيو، 2006، ص27.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المراقب الاقتصادي والاجتماعي**، مرجع سابق، ص58-59.



خارطة (9): الخدمات الصحية في محافظة رام الله والبيرة حسب الجهة التي تقدمها

المصدر: وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني

يمكن تقسيم الخدمات الصحية الحكومية (MOH) إلى ما يلي:

4. 2. 1 مراكز الرعاية الصحية الأولية (Primary Health Care)

تعتبر الرعاية الصحية الأولية الخطوة الأولى على طريق الاتصال بالنظام الصحي الوطني. فهي تشكل العنصر الأول في عملية متصلة من الرعاية الصحية الشاملة. تعتبرالرعاية الصحية الأولية العمود الفقري للخدمات الصحية في فلسطين, لما لها من دور كبير في الحفاظ على صحة المجتمع وتعزيز صحة السكان.

تعرف الرعاية الصحية الأولية بأنها الفحص الأولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة بما فيها التشخيص والعلاج الأولي والإشراف الصحي وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة. ومن الجدير بالذكر ان توفير الرعاية الصحية الأولية لا يتطلب معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة[1].

حددت منظمة الصحة العالمية ثمانية عناصر للرعاية الصحية الأولية هي : التربية الصحية، الماء وتدابير حفظ الصحة العامة، التغذية، مكافحة الأمراض المستوطنة، التحصين، علاج الأمراض الشائعة، صحة الأم والطفل وتنظيم النسل، توفير الأدوية الأساسية[2].

وللرعاية الصحية الأولية أربعة مستويات هي:

- **المستوى الأول:** ويخدم أقل من ألف نسمة.
- **المستوى الثاني:** ويخدم من (1000- أقل من 3000) نسمة.
- **المستوى الثالث:** ويخدم من (3000- أقل من 10000) نسمة.
- **المستوى الرابع:** ويخدم أكثر من 10000 نسمة[3].

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000 المسح الصحي ،-2000 ، النتائج الأساسية، رام الله - فلسطين، ص37.

[2] أباث، فرد وماكماهون، روزماري، ترجمة: ع. عبد الله، 2001، تطوير أساليب تعليم العاملين في الرعاية طيط واتخاذ القرار والتدبيرالصحية: مرشد عقلي للتخ. دلتمون للنشر، ص23.

[3] مقابلة مع الدكتور خالد الحلو، مرجع سابق.

تملك وتدير وزارة الصحة 337 مركزاً من مراكز الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية و54 مركزاً في قطاع غزة. توفر هذه المراكز خدمات الأمومة والطفولة وعيادات الأسنان والعيادات المتخصصة التي تشتمل على عيادات متخصصة لأمراض مثل الأمراض الجلدية والصدرية والسكري وعيادات الحمل الخطر ومراكز الأشعة. بالإضافة إلى الدور الرئيسي الذي تلعبه في تنفيذ وتدعيم برامج التطعيم، وخدمات الصحة المدرسية للطلبة في المدارس الحكومية في المستويات الأول والسابع والعاشر، ويبلغ معدل مراكز الرعاية الصحية الأولية لكل 10000 من السكان 1.7 مركزاً.

وفي محافظة رام الله والبيرة بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية 82 مركزاً، منها 49 مركزاً تابعاً لوزارة الصحة. بلغ في عام 2006 معدل مراكز الرعاية الصحية الأولية لكل 10000 من السكان في محافظة رام الله والبيرة 3.4 مركزاً.

تبدأ مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في محافظة رام الله والبيرة من المستوى الثاني وبلغ عددها 39 مركزاً. أما مراكز الرعاية من المستوى الثالث فيبلغ عددها 9 مراكز، وهناك مركز واحد للرعاية الصحية الأولية من المستوى الرابع. تقدم مراكز الرعاية الصحية الأولية في المحافظة خدمات صحية متنوعة من خلال العيادات العامة، ومراكز رعاية الأمومة والطفولة وهذه الخدمة يقدمها 45 مركزاً من إجمالي مراكز الرعاية في المحافظة. يوجد هناك 5 مراكز للرعاية الأولية تقدم خدمات تنظيم الأسرة، و10 مراكز تشتمل على عيادات متخصصة، ومركزان يشتملان على عيادة لطب الفم والأسنان، و17 مركزاً تشتمل على مختبرات[1]. تتواجد في جميع مناطق الدراسة مراكز للرعاية الصحية الأولية باستثناء مخيم الامعري. وهذه المراكز تتباين في إمكانياتها. فبينما تشتمل مراكز الرعاية الأولية في المدن على أجهزة ومعدات ودوام يومي للطبيب فان العيادات في القرى ينقصها الكثير من المعدات والأجهزة إلى جانب تخصيص يومين أو ثلاث فقط لتواجد الطبيب العام في العيادة.

[1] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، الوضع الصحي في فلسطين 2006، مرجع سابق.

4. 2. 2 الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) (Hospitals)

يعتبر المستشفى من ركائز النظام الصحي الذي تتجمع فيه مختلف فئات الأطباء والممرضين والعاملين الصحيين من مختلف الاختصاصات والعلوم الصحية لتقديم خدمات تشخيصية علاجية لمختلف الظروف الطبية جراحية كانت أم غير جراحية. تقدم معظم المستشفيات أيضاً خدمات لمرضى العيادات الخارجية وخاصة خدمات الطوارئ.

فالمستشفى مؤسسة طبية تقدم كافة الخدمات العلاجية والاسعافية في جميع التخصصات مثل الجراحة والباطنة والنساء والولادة والعيون والجهاز التنفسي والأمراض الجلدية، كما يوجد به أيضاً مراكز لاستقبال الحالات الطارئة والإسعافات الأولية. يمكن تصنيف المستشفى حسب مقاييس عديدة أهمها:

- **التصنيف حسب الحجم أو عدد الأسرة:** فهناك المستشفى الصغير الذي يحتوي على أسرة يصل عددها حتى 100 سرير. والمستشفى المتوسط الذي يتراوح عدد أسرته من 100-300 سرير، أما المستشفى الكبير فهو المستشفى الذي يزيد عدد أسرته عن 300 سرير.

- **التصنيف حسب طبيعة الخدمات:** فهناك المستشفى العام الذي يشتمل على معظم التخصصات والفروع الطبية مثل الأمراض الباطنية والجراحة وطب النساء والتوليد وطب الأطفال، كما يحتوي على عيادات خارجية وقسم للطوارئ وقسم لخدمات الصيدلة والأشعة والمختبر وغيرها. أما المستشفى التخصصي فهو الذي ينفرد في تقديم خدمات صحية في بعض التخصصات دون سواها.

- **التصنيف حسب الجهة المالكة أو المشرفة:** فالمستشفيات إما أن تشرف عليها الحكومة أو جهات أخرى مثل القطاع الخاص.

- **التصنيف حسب الغرض من التشغيل:** فهناك المستشفيات الاستثمارية التي تهدف إلى تحقيق الربح المادي، والمستشفيات ألّلا استثمارية وهي لا تهدف للكسب المادي[1].

[1] نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، مرجع سابق، ص63-64.

بلغ عدد المستشفيات على اختلاف أنواعها في الأراضي الفلسطينية 76 مستشفى (54 في الضفة الغربية و22 في قطاع غزة), بمعدل 2.02 مستشفى لكل 100000 من السكان, وسعة سريرية مقدارها 5025 سريراً (3007 في الضفة الغربية و 2018 في قطاع غزة) بمعدل 13.4 سريراً لكل 100000 من السكان[1]. وفي محافظة أسيوط المصرية يبدو أن وضع الخدمات الصحية أفضل خاصة فيما يتعلق بنصيب الفرد من أسرة المستشفيات حيث بلغ معدل خدمة السرير الواحد حوالي 673 نسمة[2] مقارنة مع حوالي 7462 نسمة للسرير الواحد في فلسطين.

تعود 22 مستشفى من مستشفيات فلسطين بملكيتها وإدارتها إلى وزارة الصحة (12 في الضفة الغربية و10 في قطاع غزة), بسعة 2815 سريراً أي 56% من مجموع أسرة مستشفيات فلسطين[3].

يوجد في محافظة رام الله والبيرة مستشفى واحد تشرف عليه وزارة الصحة الفلسطينية وهو مستشفى رام الله الحكومي الذي يوجد في مدينة رام الله، بسعة 155 سريراً. وفيما يتعلق بمعدلات استخدام مستشفى رام الله الحكومي، بلغ حجم الإدخالات 19621 حالة[4]، والإدخالات يقصد بها مجموع الأفراد الذين يدخلون المستشفى لإجراء الفحوصات الطبية أو العلاج ويمكثون ليلة واحدة أو أكثر في أقسام المستشفى[5]، أما الإخراجات والتي يقصد بها الأفراد الذين خرجوا من المستشفى بعد إجراء الفحوص اللازمة أو بعد تقديم الرعاية والمعالجة بغض النظر عن حالة الإخراج (شفاء, وفاة) فقد بلغت 19916. أما معدل إشغال الأسرة فيقصد به عدد أيام إقامة المرضى المدخلين مقسوما على عدد الأسرة المتوفرة في المستشفى مضروبا بعدد أيام السنة[6]. بلغ معدل إشغال الأسرة في مستشفى رام الله الحكومي 2.4[7]. أما العمليات الجراحية التي

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **كتاب فلسطين الإحصائي السنوي رقم (8)**، مرجع سابق، ص330.

[2] محمد, خلف الله حسن والجوهري, يسرى, 1999, **الصحة والبيئة في التخطيط الطبي**. دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية, مصر, ص275.

[3] وزارة الصحة الفلسطينية– مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2003، مرجع سابق.

[4] وزارة الصحة الفلسطينية– مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**.2006، مرجع سابق.

[5] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها**، مرجع سابق، ص23.

[6] المرجع السابق ص23.

[7] وزارة الصحة الفلسطينية– مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**.2006، مرجع سابق.

أجريت في مستشفى رام الله الحكومي فقد بلغ عددها 2016 عملية جراحية, أما الوفيات فقد بلغت 387 حالة وفاة في المستشفى وذلك للعام 2006[1].

ويعاني مستشفى رام الله الحكومي كغيره من المستشفيات الحكومية في فلسطين من الكثير من المشاكل أهمها عدم توفر العديد من الأدوية وأجهزة التشخيص, بالإضافة إلى النقص في عدد سيارات الإسعاف, كذلك الأسرة التي ينام عليها المرضى.

4. 2. 3 الخدمات الدوائية والصيدلة (Pharmacy and Pharmaceutical Services)

يعرف الدواء بأنه أي مادة تستخدم أو يقصد من استخدامها تشخيص أو شفاء أو معالجة أو تلطيف أو منع أي مرض في الإنسان أو الحيوان[2].

تلعب الأدوية والمستلزمات الطبية دوراً هاماً في حماية الصحة العامة لأي مجتمع. ينطوي توفير الأدوية المختلفة في المرافق الصحية على أهمية خاصة وحاسمة فيما يتعلق بتمكين مراكز الرعاية الصحية الأولية والثانوية من أداء واجبها على أكمل وجه.

بلغ عدد الأدوية في القائمة الرئيسية للأدوية بوزارة الصحة الفلسطينية 458 دواء، مع العلم أنه يوجد حوالي 4000 صنف من الأدوية متوفرة في الأسواق بعضها محلية الصنع والبعض الآخر يتم استيراده من الخارج و قد يحتجز في بعض الأحيان على المعابر من قبل قوات الاحتلال مما قد يؤثر سلبا في الأمن الدوائي الفلسطيني, وقد بلغت التكلفة الإجمالية للدواء 18% من موازنة الصحة في العام 2003[3].

أما عدد الشركات المحلية لإنتاج الأدوية في فلسطين فقد بلغ عددها 8 شركات,6 منها توجد في محافظة رام الله والبيرة وهذه الشركات هي :

- شركة بير زيت لصناعة الأدوية في رام الله.

---

[1] وزارة الصحة الفلسطينية– مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**.2006، مرجع سابق.

[2] حجاوي، غسان وآخرون، 2002، **علم الدواء**. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار ثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص9.

[3] مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، **الخدمات الدوائية والصيدلة في فلسطين**.
www.pnic.gov.ps/arabic/health-uhtml. 7أكتوبر 2007

- شركة القدس وبلسم في رام الله/ البيرة.

- دار الشفاء في رام الله/ البيرة.

- المصنع الكيماوي الأردني في بيت جالا.

- شركة بلفارم في رام الله/ البيرة.

- مصنع جاما/ بيتونيا.

- مصنع الشرق الأوسط للصناعات الدوائية ومستحضرات التجميل في بيت حانون.

- مصنع بلسم/ بيتونيا[1].

ومن الأدوية التي توفرها وزارة الصحة في المؤسسات الصحية التابعة لها الأدوية الأساسية وهي عبارة عن مجموعة من الأدوية التي تفي بالمتطلبات الأساسية لعلاج السكان[2]، ومن الأمثلة على هذه الأدوية: المضادات الحيوية, أدوية الجهاز الهضمي, أدوية السكري, مستحضرات العيون....الخ.

أما الأدوية الغير الأساسية فهي تلك التي تعالج أمراضا اقل شيوعا وترتبط بأعداد قليلة من المرضى مثل مرضى السرطان، وتتميز هذه الأدوية بارتفاع تكلفة أصنافها، ولهذا السبب يرفض العديد من المانحين تمويل هذه القائمة من الأدوية, ويوجد ممول وحيد لهذه الأدوية وهو البنك الدولي[3].

برزت الصيدلة كإحدى المهن الصحية الأساسية منذ القدم, فكان الصيدلي يعتمد على الأعشاب في تحضير الأدوية، وتركيب الوصفات، وإعداد الزيوت أو المراهم. كان يتم ذلك حسب وصفات الطبيب. تطورت مهنة الصيادلة مع المستجدات التي حصلت في عالم الطب،

---

[1] نقابة الصيادلة الفلسطينية، مركز القدس. www.ppa.ps/registered-drugs.htm، 12تموز/يوليو/2008

[2] وزارة الصحة الفلسطينية، **بيان توضيحي لبعض الاحتياجات الشهرية لوزارة الصحة في قطاع غزة.** 10 تموز/ يوليو 2008 ,www.moh.gov.ps/idata.php?id=8

[3] المرجع السابق.

حيث استطاع العلماء اكتشاف مواد جديدة ثبتت فعاليتها ضد الأمراض ومعرفة المواد الفاعلة منها ومن ثم تصنيعها[1].

وعلم الصيدلة هو علم وفن تحضير، تجهيز، خزن وصرف الدواء للمريض، ومتابعة آثاره الجانبية بعد استعماله إن وجدت[2].

يلعب الصيدلي دوراً مهماً في الرعاية الصحية، فهو يتأكد من العلاج المصروف من حيث الكمية الكافية والجرعة ونوعية أو شكل الدواء المصروف، وكذلك التأكد من أن العلاج المصروف للمريض يتوافق مع التشخيص الذي تم للمريض. كما يقدم الصيدلي كافة المعلومات التي يمكن أن يسأل عنها المريض والتي تتعلق بالدواء الذي صرف له من قبل الطبيب، ولا ننسى الدور المهم الذي يلعبه الصيدلي في المجال الوقائي وذلك من خلال التثقيف الصحي للمريض مثل تقديم معلومات حول سوء استخدام الدواء، وكذلك التنبيه والتوجيه للطرق المثلى لتجنب حدوث التسمم بالأدوية[3].

بلغ عدد الصيدليات العاملة في محافظات الضفة الغربية والقدس 959 صيدلية، وبناء على ذلك تكون نسبة الصيدليات إلى عدد السكان هو صيدلية واحدة لكل 2880 نسمة[4]. وقد بلغ عدد الصيادلة العاملين في القطاع الصحي الحكومي 341 صيدلي[5]. أما في محافظة رام الله والبيرة فقد بلغ عدد الصيدليات المرخصة 93 صيدلية، تابعة لكافة القطاعات (القطاع الحكومي, القطاع الخاص, القطاع الأهلي, الاونوروا) وبذلك يكون عدد السكان إلى عدد الصيدليات هو 3122 نسمة لكل صيدلية[6] وهو بذلك اقل من المعدل العام الذي يقدر ب 2880نسمة/صيدلية. أما في مناطق الدراسة فان مدن رام الله والبيرة تشتمل على صيدليات منها ما هو موجود في المؤسسات الصحية الحكومية ومنها ما هو تابع للقطاعين الخيري والخاص. أما في مدينة دير

---

[1] نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، مرجع سابق، ص86.

[2] حجاوي، غسان وآخرون، مرجع سابق، ص9.

[3] الفيفي، سليمان قاسم، 2001، **الدواء في حياتنا**، الطبعة الأولى، مكتبة العبيكات، الرياض، السعودية، ص12-14.

[4] صويلح، وليد، 2007، **آفاق جديدة لمهنة الصيدلة في فلسطين بعد اعتماد برنامج "دكتور صيدلة" في جامعة النجاح الوطنية**، القدس. http://www.qudsnet.com/arabic/news.php?maa=view&id=43274، 7 تموز 2008.

[5] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها**، مرجع سابق، ص67.

[6] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2006، مرجع سابق.

دبوان فيوجد صيدلية في مستوصف دير دبوان الذي تشرف عليه الجمعية العلمية الطبية. كما يوجد صيدلية في مركز كاريتاس الطبي في قرية عابود الذي يشترك في الإشراف عليه كل من القطاع الحكومي ومركز كاريتاس العالمي والإغاثة الطبية. أما في مخيم الامعري فان مركز الاونروا الصحي يقدم الأدوية والعلاجات اللازمة للمرضى من خلال الصيدلية. تفتقر قرى عارورة وبلعين ودورا القرع لوجود صيدلية تقدم الأدوية اللازمة للمرضى سواء صيدليات موجودة في العيادة الحكومية أو صيدليات تابعة للقطاعين الخيري والخاص.

يعتبر الاستخدام غير الرشيد للأدوية من المشكلات الرئيسية في فلسطين وعلى مستوى العالم أيضاً. فالإفراط في استخدام الأدوية أو عدم كفايته يؤدي إلى هدر الموارد وإلى أضرار صحية بالغة. إن من الضروري الإشراف من قبل الجهات المعنية على عملية تخزين الأدوية وسلامة بيئة التخزين.

وللحفاظ على صحة المواطنين أصدرت وزارة الصحة الفلسطينية عام 2004 مجموعة من القوانين التي تعنى بالعقاقير الطبية:

- يجب أن تسجل جميع العقاقير الطبية المتداولة في فلسطين في الدستور الدوائي المعتمد من الوزارة ووفق نظام تسجيل موحد.

- يفقد العقار الطبي أو المستحضر الصيدلاني صلاحيته للاستعمال إذا لم يطابق مواصفات التصنيع والتخزين الجيدين وتأكيد الجودة.

- يمنع البيع أو الشراء أو الصرف أو الاستخدام لأية عقاقير طبية تكون منتهية الصلاحية ووفقاً للتاريخ المدون عليها[1].

4 .2 .4 المختبرات وبنوك الدم (Laboratories and Blood banks)

يعرف المختبر بأنه المكان الذي تجرى فيه فحوص بيولوجية وكيميائية بهدف تشخيص الأمراض ويديرها أخصائيون وفنيون. أما الفحوصات المخبرية فهي فحوصات كيميائية

---

[1] وزارة الصحة، **قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004**، المنشور بتاريخ 2005/4/23.

http://www.moh.gov.ps/idata.php?id=14, 2008 10 تموز/ يوليو

وبيولوجية تجري على عينات مسحوبة من الأفراد للكشف عن حالة مرضية معينة أو الكشــف عن الوضع الصحي[1].

تشرف وزارة الصحة على 146 مختبراً, منها 4 مختبرات مركزية, و19 مختبراً فـــي المستشفيات، و123 مختبراً في مراكز الرعاية الأولية, هذا بالإضافة إلى مختبر التغذية الــذي يهتم بفحص الغذاء والماء، ويعمل في هذه المختبرات 532 فني مختبــر[2]. يتــوافر فـــي هــذه المختبرات بعض الأجهزة الطبية اللازمة لإجراء الفحوصات المخبرية، مثــل جهـــاز الطـــرد المركزي، وحاضنة لزراعة الميكروبات، وجهاز محلل كيميائي، وعداد لخلايا الدم وغيرها من الاجهزة[3].

بلغ عدد الفحوصات التي أجريت في مستشفى رام الله الحكومي 94967 فحصاً مخبرياً وذلك عام 2006. وأهم هذه الفحوصات التي أجريت فحص الهرمونات وفحوصات الدم والتخثر والفحوصات الكيميائية والسريرية وفحوصات الميكروبات[4].

يعتبر مختبر الصحة العامة المتواجد في رام الله وفرعه في غزة المختبـــر الرئيســـي للصـــحة العامة، حيث يستقبل عينات الأغذية والمياه التي يتم فحصها حسب مواصفات الجودة، ويعمل في هذا المختبر 32 فنياً في الضفة الغربية و16 فنياً في قطاع غزة[5]. يتواجد فـــي مـــدينتي رام الله والبيرة مختبرات لإجراء الفحوصات المختلفة منها ما هو تابع للقطاع الحكومي وموجود ضمن المؤسسات الصحية الحكومية ومنها ما هو تابع للقطاعين الخيري والخاص. أما بالنســـبة لبقيـــة مناطق الدراسة فتختلف عن بعضها البعض في مدى توفر المختبرات فيها والجهة التي تشـــرف عليها. يشتمل مستوصف دير دبوان على مختبر لإجراء مختلف الفحوصات وهذا المستوصـــف تشرف عليه الجمعية العلمية الطبية. أما قرية عابود فيوجد فيها مختبر خاص يجري الفحوصات المختلفة للمرضى مقابل كشفية (مبلغ من المال) يدفعها المريض كما يوجد في مركز كاريتاس الطبي مختبر يشترك في الإشراف عليه وعلى المركز كله القطاع الصحي الحكـــومي ومركـــز

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها**، مرجع سابق، ص23.

[2] وزارة الصحة- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2006، مرجع سابق.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح الخدمات الصحية والمستفيدين منها**، مرجع سابق، ص29.

[4] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2006، مرجع سابق.

[5] المرجع السابق.

كاريتاس العالمي والإغاثة الطبية. أما في مخيم الامعري فان المرضى يجرون الفحوصات في مختبر مركز الاونروا الصحي. بينما تفتقر قرى عاروره وبلعين ودورا القرع لوجود مختبرات تابعة لأي من القطاعات المختلفة.

أما بالنسبة لخدمات نقل الدم فيطبق في فلسطين وفي معظم مراكز خدمات نقل الدم برنامج كامل للمراقبة الجيدة للأجهزة والمعدات وصيانتها بصور منهجية والصيانة الفورية لأية أعطال تتم في هذه الأجهزة والمعدات. كما تتم المراقبة لعمليات التبرع بالدم ومكوناته وتحضيره للنقل للمرضى، كما يتم مراقبة جميع الفحوصات الفيروسية التي تجري على وحدات الدم المسحوبة لتحديد مطابقة الجودة والدقة في تلك الفحوصات، بالإضافة إلى لجان فنية لمراقبة تخزين مكونات الدم المختلفة وجودة إنتاجها ومطابقتها للمعايير العالمية[1].

في عام 2006 بلغ عدد المتبرعون بالدم في الضفة الغربية 26647 متبرع. أما في محافظة رام الله والبيرة وبالتحديد في مستشفى رام الله الحكومي فقد بلغ عدد المتبرعين بشكل تطوعي (Voluntary Donors) 1736 متبرع, أما المتبرعون بشكل إجباري (البديل العائلي (Family Replacement) فقد بلغ 2686 متبرع وذلك في عام 2006. أما في مناطق الدراسة فان بنوك نقل الدم تتواجد فقط في مدينتي رام الله والبيرة.

هذا وتعاني خدمات نقل الدم في فلسطين من مشكلات منها:-

- محدودية الموارد المالية لخدمات نقل الدم في كل من القطاع الحكومي والمؤسسات غير الحكومية والخاصة.

- الصعوبة في تنفيذ الحملات الخارجية للتبرع بالدم لعدم توفر السيارات الخاصة ببنوك الدم المتحركة [2].

---

[1] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2003، مرجع سابق.

[2] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2006، مرجع سابق.

4. 2. 5 مراكز الأشعة (X-ray Centers)

يعتبر التصوير بالأشعة من أكثر الفحوص الاستقصائية التي يلجأ إليها الأطباء لتأكيد تشخيص العديد من الأمراض مثل الأورام والحصى. فمن الصعب في هذه الأيام أن نتخيل كيف يتم التشخيص في الطب بدون تصوير.

تتوافر في المؤسسات الطبية اليوم العديد من الأجهزة، كما تولي العاملين عليها اهتماماً كبيراً للحصول على أفضل الصور لهدف التشخيص السليم، وتستخدم نظم التصوير الطبي في العيادات والمستشفيات حالياً إحدى التقنيات الثلاث التالية:

– قياس أشعة X (X-R ay) المرسلة عبر الجسم.

– قياس انعكاس الأمواج فوق الصوتية المرسلة عبر الجسم.

– قياس إشعاعات غاما Gamma rays الصادرة عن مواد صيدلانية مشعة أودعت في مناطق مختارة من الجسم[1].

ويتوافر في مراكز الأشعة أجهزة طبية خاصة مثل جهاز تصوير الترا ساوند، وجهاز تصوير أشعة سينية ولهذه الأشعة قابلية لاختراق النسيج البشري.

بلغ عدد مراكز الأشعة الموجودة في الضفة الغربية والتي تشرف عليها جهات حكومية وغير حكومية 140 مركزا للأشعة وبذلك تكون نسبتها إلى عدد السكان الكلي للضفة الغربية 19644.4 فرد/مركز أشعة. أما في مدينتي رام الله والبيرة فقد بلغ عددها 17 مركزا للأشعة ونسبتها إلى عدد السكان الكلي 17082.4 فرد/مركز أشعة. يوجد في محافظة رام الله والبيرة 8 مراكز للأشعة يشرف عليها القطاع الحكومي, ويتوافر فيها أجهزة الأشعة الخاصة بالتصوير البسيط وتصوير الثدي والتنظير الإشعاعي وأجهزة التصوير الطبقي والقسطرة القلبية, بينما تفتقر هذه المراكز لأجهزة الأشعة الخاصة بتصوير الفكين, والرنين المغناطيسي وتفتيت

[1] ماكسوفسكي، البرت، ترجمة: محمد موسى وأحمد نفاخ، 1993، **نظم التصوير الطبي**، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر بدمشق، سورية، ص10.

الحصى[1]. أما بقية مناطق الدراسة فإنها تفتقر لوجود مراكز الأشعة باستثناء مستوصف دير دبوان التابع للجمعية العلمية الطبية ومركز كاريتاس الطبي في قرية عابود الذي يشترك في الإشراف عليه كل من القطاع الحكومي ومركز كاريتاس العالمي والإغاثة الطبية.

4. 2. 6 صحة الفم والأسنان (Oral Health)

تبنت منظمة الصحة العالمية قرارا يدعو إلى الاهتمام بصحة الفم وسلامة الأسنان، لا سيما بين الأطفال وطلبة المدارس، واعتمدت هذه البرامج ضمن برامج الرعاية الصحة الأولية[2].

وفي فلسطين فان وزارة الصحة تملك وتدير 44 عيادة أسنان في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وفي عام 2005 بلغ عدد الزيارات لعيادات الأسنان التابعة لوزارة الصحة 170986 حالة. قامت وزارة الصحة بتحويل 161 حالة تعاني من أمراض الفم والأسنان للعلاج بالخارج (97 حالة من قطاع غزة و64 حالة في الضفة الغربية) بتكلفة 1555600 شيكلاً[3].

ومن الجدير بالذكر أن معظم عيادات الأسنان التابعة للقطاع الصحي الحكومي يتوافر فيها وحدة أسنان كاملة، وجهاز للتعقيم وخلاط حشوة ومنشف حشوة، ويعمل في هذه العيادات 179 طبيب أسنان[4].

أما فيما يتعلق بخدمات الأسنان الثانوية والتي تقدم في المستشفيات فيوجد 6 أسرة في وزارة الصحة توفر الخدمات العلاجية الثانوية لصحة الفم والأسنان، حيث تمثل 0.2% من مجموع أسرة وزارة الصحة (4 أسره في الضفة الغربية وسريران في قطاع غزة)[5].

وفي مدينتي رام الله والبيرة يوجد عيادتان لطب الأسنان تابعة لوزارة الصحة، وقد بلغ مجموع الزيارات لهما 2410 زيارة وذلك في العام 2006. وتقدم هاتان العيادتان خدمات فيما يتعلق بصحة الفم والأسنان مثل الحشوات, الجراحة البسيطة وانتزاع الأسنان، معالجة أمراض

---

[1] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2006، مرجع سابق.

[2] نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، مرجع سابق، ص84.

[3] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2003، مرجع سابق.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصحية المستفيدين منها**، مرجع سابق، ص29، ص67.

[5] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2003، مرجع سابق.

اللثة، قياس وتقويم الأسنان. وقد تلقت النسبة الأكبر من المرضى خدمات الحشوات، حيث شكلت 606 حالة من إجمالي الحالات التي توجهت لعيادتي الأسنان في المحافظـــة، ويـــنقص هـــاتين العيادتين لطب الأسنان خدمة التصوير بالأشعة (X-Ray)[1]. أما بقية مناطق الدراســـة فتوجـــد عيادات الفم والأسنان في مستوصف دير دبوان وعيادة طب الأسنان التابعة لجمعيـــة عـــارورة الخيرية وعيادتان للأسنان في عابود (عيادة خاصة وعيادة تابعة لمركز كاريتـــاس الطبـــي) وعيادة أسنان في مركز الاونروا الصحي. بينما تفتقر قريتي بلعين ودورا القرع لوجود عيـــادة لطب الأسنان.

4. 2. 7 الصحة النفسية (Mental Health)

تعتبر الصحة النفسية ضرورية لكل إنسان في كل مرحلة من مراحل العمر، فهي تتصل بالصغير والكبير على السواء، فاعتلال صحة الفرد النفسية لها آثار بالغة على حياته وعلى حياة المجتمع، وفي ظل عصرنا –عصر القلق والتوتر– باتت الصحة النفسية من الموضوعات التي حظيت بالاهتمام بهدف تحقيقها للأفراد ولحمايتهم من الوقوع في اضطرابات نفسية.

تتمثل الصحة النفسية من وجهة نظر فرويد (مؤسس المدرسة التحليلية في علم النفس) في القدرة على مواجهة الدوافع والغرائز والسيطرة عليها في ضوء متطلبات الواقع الاجتماعي، كما تتمثل في قدرة الأنا على التوفيق بين مطالب الهو والأنا الأعلى[2].

وقد أقرت لجنة خبراء الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية تعريفاً للصحة النفســية، فهي" قدرة الفرد على إقامة علاقات منسجمة مع الآخرين، وأن يشارك بإيجابية في التغييـــرات التي تحدث في بنيته الاجتماعية والمادية"[3].

تسعى الصحة النفسية إلى المعرفة الدقيقة بشأن ما ينتاب النفس فـــي حـــالات التكيـــف المختلفة التي نمر بها في سلوكنا سواء كنا في البيت أو المدرسة أو المهنة، كمـــا تســـعى إلـــى

---

[1] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2006، مرجع سابق.

[2] العناني، حنان عبد الحميد، 2003، **الصحة النفسية**. الطبعة الثانية، دار الفكر للطباعـــة والنشـــر والتوزيـــع، عمـــان،م الأردن، ص11.

[3] نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، 1999، **طب المجتمع**، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، لبنان، ص424.

الوقاية من الاضطرابات النفسية من خلال حصر عوامل الاضطرابات ثم توفير الشروط اللازمة لمنح الفرد قوة مواجهة الاضطرابات[1].

يعد الاهتمام بالصحة النفسية والاجتماعية للفلسطينيين ظاهرة حديثة نسبياً، ترجع إلى أواخر أعوام الثمانينيات وبداية التسعينيات. حيث شهدت فترة الانتفاضة الأولى عام 1987 والانتفاضة الثانية عام 2000 تغيرات في الحياة العامة وصعوبة في التكيف مع حالة الطوارئ التي عاشها الشعب الفلسطيني، كما اتسمت هذه الفترة بدرجة عالية من العنف والاغلاقات وتعطيل الحياة اليومية وأعمال الهدم والتخريب والاعتقالات وسقوط العديد من الشهداء والجرحى على يد قوات الاحتلال الإسرائيلي.

وجد المهتمون أن من الضرورة أن تعطى خدمات الصحة النفسية الأهمية القصوى بسبب هذه الظروف العصيبة التي يمر فيها المجتمع، خاصة إذا علمنا أن الضجر والقلق والتوتر والانفعالات والتشتت الأسري والتي تعد من مخرجات الاحتلال الإسرائيلي كلها عوامل تلحق الضرر بالصحة النفسية.

يأتي في مقدمة الاهتمام بالصحة النفسية أهمية توفير أطباء وعاملين نفسيين متخصصين والأدوية الفاعلة، وتعزيز التوعية والإرشاد النفسي بين مختلف فئات المجتمع.

أما المؤسسات التي تقدم خدمات الصحة النفسية – الاجتماعية في الضفة الغربية وقطاع غزة فهي:

– مؤسسات حكومية وتشمل على:

أ. وزارة التربية والتعليم والتي تشغل أكبر عدد من المرشدين الذين يعملون في المدارس.

ب. وزارة الصحة.

ج. برنامج الشباب ذوي المشكلات الخاصة لدى وزارة الشؤون الاجتماعية.

– برنامج وكالة الغوث الدولية (الأونروا) للإرشاد التربوي.

---

[1] الرفاعي، نعيم، 1981، **الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجية التكيف.** الطبعة الخامسة، د.ن، ص87.

– عدد منوع من المنظمات الأهلية التي تتخصص في تقديم الخدمات لفئات سكانية محددة مثـل النساء أو الأطفال أو المعاقين أو الفئات الشابة[1].

تقدم دائرة الصحة النفسية في وزارة الصحة العديد من الخدمات الوقائيـة والعلاجيـة وخدمات التأهيل النفسي من خلال 15 عيادة صحة نفسية مجتمعية بالإضافة إلـى مستشـفيين يقدمان خدمات الصحة النفسية والعقلية (مستشفى بيت لحم ومستشفى غزة للأمـراض النفسـية والعقلية)[2].

بلغ عدد الأسرة في مستشفى بيت لحم للأمراض العقلية والنفسية 200 سريراً، وكانـت نسبة إشغالها 51% وذلك في العام 2006. أما في قطاع غزة فقد بلغ عدد الأسرة في المستشفى 39 سريراً ونسبة إشغالها كانت 55% وذلك في العام نفسه[3].

بلغ عدد الحالات التي تعاني من اضطرابات عقلية في محافظة رام الله والبيرة والتـي توجهت إلى عيادات الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة وتلقت العلاج اللازم 91 حالة وذلك في عام 2006، منهم 36 حالة تعاني من الصرع، و7 حالات تعاني من التـأخر العقلـي، و9 حالات تعاني من اضطرابات عصبية و19 حالة تعاني من الفصام[4]. توجد عيادات الطب النفسي في مدينتي رام الله والبيرة أما بقية مناطق الدراسة فإنها تفتقر لوجود عيادات الطب النفسي.

4. 2. 8 رعاية الأمومة والطفولة (Maternal and Child Welfare)

تحتاج الأمهات والأطفال إلى اهتمام ورعاية وتوجه خاص نحوهم، حيث يعتبرون مـن أكثر الفئات حساسية والتي تتأثر صحتها بعوامل البيئة أكثر من غيرها.

---

[1] معهد الصحة العامة والمجتمعية، 2000، **الرعاية الصحية النفسية – الاجتماعية في الأرض الفلسطينية المحتلة**، نظـام في طور النمو، جامعة بيرزيت، رام الله، فلسطين، ص17–18.

[2] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2003، مرجع سابق.

[3] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2006، مرجع سابق.

[4] المرجع السابق

ورعاية الأمومة هي "الرعاية الصحية المتكاملة التي تقدم للأم أثناء الحمل والولادة والنفاس والرضاعة". أما رعاية الطفولة فهي "الرعاية الصحية المتكاملة التي تقدم للطفل منذ ولادته إلى ما قبل الخمس سنوات من العمر"[1].وتشتمل الرعاية الصحية للأمهات على:

- رعاية الأمهات أثناء الحمل: وهذه تشمل اكتشاف وعلاج أي مرض مصاحب للحمل مثل أمراض القلب، والضغط ومرض البول والسكري، واكتشاف مضاعفات الحمل مثل فقر الدم، وتشخيص حالات خاصة بالجنين كالولادة قبل الموعد[2].

- الرعاية الصحية أثناء الوضع من خلال الاكتشاف المبكر لحالات الولادة غير الطبيعية والاكتشاف المبكر لحالات المواليد ناقصي الوزن وتحويلها لوحدات الحضانة والعناية بالمولود عقب الولادة مباشرة[3].

- الرعاية الصحية أثناء فترة النفاس والرضاعة من خلال الرعاية الطبية والزيارات الدورية، وتقديم إرشادات لصحة الأم والطفل, وأهمية استعمال وسائل تنظيم الأسرة المناسبة لتأجيل الحمل القادم حتى تسترد الأم صحتها بالكامل وتشرف على رعاية طفلها[4].

وفي عام 2006 بلغ مجموع الزيارات لمراكز رعاية الأمومة والطفولة التابعة لوزارة الصحة في الضفة الغربية 59863 حالة علما بان عدد السكان في الضفة الغربية بلغ في العام 2007 حوالي 2350583 نسمة. أما في محافظة رام الله فقد بلغ مجموع هذه الزيارات 6467 في العام نفسه[5] من إجمالي عدد السكان البالغ 290401 نسمة في العام 2007.

---

[1] الصفدي، عصام حمدي، مرجع سابق، ص233.

[2] غانم، عيسى والخطيب، عماد، 1997، **الصحة العامة**، الطبعة الأولى، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص233.

[3] نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، مرجع سابق، ص324-325.

[4] الصفدي، عصام حمدي، مرجع سابق، ص245-246.

[5] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، الوضع الصحي في فلسطين، 2006، مرجع سابق.

أما مجموع مراجعات عيادات الحمل الخطر في الضفة الغربية فقد بلـــغ 9.226 حالـــة وذلك في عام 2005، وكان في محافظة رام الله والبيرة وحدها 504 حالات حيث قامت هـــذه السيدات بمراجعة عيادة الحمل الخطر التابعة لمراكز الرعاية الصحية الأولية[1].

يعتبر تنظيم الأسرة من السياسات الصحية التي تنظم نمط السلوك الإنجابي لتجنب الحمل الخطر، كما تهدف إلى خفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال. ازداد العدد الإجمالي لعيادات تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية من 102 عيادة تنظيم أسرة عام 1999 إلى 197 عيـــادة تنظيم أسرة في عام 2003، وتعتبر وزارة الصحة مسؤولة عن 49.7% من إجمالي عيـــادات تنظيم الأسرة في فلسطين. بلغ عدد عيادات تنظيم الأسرة في محافظة رام الله والبيرة والتابعـــة لمراكز الرعاية الصحية الأولية 5 عيادات[2].

تشير بيانات المسح الصحي عام 2006 أن هناك تنوعاً في مصـــادر الحصـــول علـــى وسائل تنظيم الأسرة، حيث المصدر الرئيسي للحصول على الوسائل في الضفة الغربيـــة كـــان القطاع الخاص (مستشفى خاص، طبيب خاص، أخرى) حيث شكلت ما نسبته 52% من إجمالي مصادر الحصول على وسائل تنظيم الأسرة.

تتراوح أنواع وسائل تنظيم الأسرة المستخدمة بين الوسائل الحديثة والوسائل التقليديـــة والتي غالباً ما يحدد نوعها فعالية الوسيلة المستخدمة في تنظيم الأسرة، وتشير نتـــائج المســـح الصحي عام 2006 إلى أن 50.2% من النساء المتزوجات في الأراضي الفلسطينية يســـتخدمن وسائل تنظيم الأسرة، وكانت محافظة قلقيلية تشتمل على أعلى نسبة للنساء اللـــواتي يســـتخدمن وسائل تنظيم الأسرة (63.9%) أما محافظة خانيونس فكانت تشتمل على اقـــل نســـبة للنســـاء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة (36.9%). و في محافظة رام الله والبيرة بلغـــت نســـبة السيدات اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة 55,8%[3].

---

[1] وزارة الصحة. مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، الوضع الصحي في فلسطين، 2003، مرجع سابق.

[2] المرجع السابق.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2007، **المسح الفلسطيني لصحة الأســـرة**، 2006، التقريـــر النهـــائي، رام الله، فلسطين، ص81–83.

أما رعاية الطفولة فتهدف إلى تتبع نمو الطفل وإعطائه جرعـات التطعـيم الإلزاميـة وعلاج الحالات البسيطة وتحويل الحالات المتقدمـة إلـى المستشـفيات والاكتشـاف المبكـر للأمراض. تبدأ الرعاية الصحية للطفل منذ ولادته وحتى سن 5-6 سنوات ثم يخضع بعد ذلـك لبرامج الصحة المدرسية.

وفي فلسطين شكلت نسبة المرضى الذين توجهوا إلى المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة لتلقي خدمات رعاية أمومة وطفولة/ تنظيم أسرة/ ولادة 26.9% من إجمالي الحـالات المرضية[1]. أما مراجعي عيادات طب الأطفال في مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة فقد بلغ عددهم 28419 طفلاً في الأراضي الفلسطينية منها285 طفلا في محافظـة رام الله والبيرة[2]. تقدم خدمات رعاية الأمومة والطفولة في مدينتي رام الله والبيرة من خلال مراكز تابعة للقطاع الحكومي ومراكز تابعة للقطاع الخيري. أما بقية مناطق الدراسـة فـان مراكـز الرعاية الصحية الأولية التابعة للقطاع الحكومي تشتمل على مراكز رعاية الأمومة والطفولة إلى جانب مركز رعاية الأمومة والطفولة في مركز الاونروا الصحي.

4. 2. 9 الصحة المدرسية (School Health)

تعتبر خدمات الصحة المدرسية من الخدمات التي تقدمها الدولة والتي تهدف من ورائها إلى رعاية صحة الطلاب في مراحل التعليم المختلفة. تشتمل الخدمات الصحية المدرسية على:

- **الجوانب التقييمية لصحة التلاميذ:** لتقييم النواحي الجسمانية والعقلية والنفسية والاجتماعيـة لتلاميذ المدارس.

- **الجوانب الوقائية:** وهذه تشتمل عل الوقاية من الأمراض مثل الأمراض المعدية والاكتشـاف المبكر للأمراض والإعاقات وتوفير الخدمات الصحية الوقائية للتلاميذ وللعاملين في المدارس.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، مسح مقدمي الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص26.

[2] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2003، مرجع سابق.

- **الجوانب العلاجية:** حيث يتوافر لتلاميذ المدارس في مختلف المراحل التعليمية الخدمات الطبية العلاجية من خلال العيادات الشاملة ووحدات الصحة المدرسية في المدن والريف[1].

تقدم وزارة الصحة الفلسطينية خدمات صحية إلى طلبة المدارس من خلال برامج الصحة المدرسية، ومن هذه الخدمات تقديم المطاعيم واللقاحات اللازمة للطلبة في الصفوف الأول (1st) والسابع (7 th) والعاشر (10 th)، حيث بلغ عدد الطلاب الذين تلقوا اللقاحات اللازمة في الضفة الغربية 49666 طالب، وفي قطاع غزة 17289 طالب وذلك عام 2006. أما في محافظة رام الله والبيرة فقد بلغ عدد الطلاب الذين تلقوا المطاعيم اللازمة 6090 طالب في العام نفسه. وأهم هذه اللقاحات هي: اللقاح ضد شلل الأطفال، المطعوم الثلاثي (الخانوق، الكزاز، السعال الديكي)، اللقاح ضد الحصبة الألمانية واللقاح ضد مرض النكاف.

كما تقوم الصحة المدرسية التي تشرف عليها وزارة الصحة بتقديم الفحوصات للطلاب فيما يتعلق بصحة الفم والأسنان مثل فحص تسوس الأسنان والتهابات اللثة. بلغ عدد الطلبة الذين خضعوا لفحص الفم والأسنان في محافظة رام الله في الصفوف الأول والسابع والعاشر 4220، 3657، 3621 طالب على التوالي في العام 2006.

ومن الخدمات التي تقدمها الصحة المدرسية التابعة لوزارة الصحة فحوصات النظر مثل ضعف النظر والحول. كذلك فحوصات الأمراض الجلدية وأمراض القلب للكشف المبكر وبالتالي تقديم العلاج اللازم، إلى جانب فحص الطول والوزن لمتابعة نمو الطلبة[2].

ومن الواجب رعاية الطلاب صحياً لحمايتهم من الإصابة بالأمراض والوقاية من الضعف حتى يصبح الطالب أكثر قدرة على التعليم والفهم و التفكير.

4. 3 الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمات غير الحكومية NGOs (القطاع الخيري)

وهي الخدمات الصحية المقدمة من جهات غير حكومية، مثل جمعية الهلال الأحمر، ولجان الإغاثة الطبية ولجان العمل الصحي، وجمعية أصدقاء المريض ولجان الزكاة. ولهذه

---

[1] نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، مرجع سابق، ص388-397.

[2] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2006، مرجع سابق.

الخدمات أهمية في سد النقص الذي تعاني منه المؤسسات الصحية الحكومية. بلغ عدد المنشآت الصحية العاملة في الأراضي الفلسطينية والتابعة لقطاع المنظمات غير الحكومية 338 منشأة[1].

تميز القطاع الصحي الذي تشرف عليه المنظمات غير الحكومية بأعلى عدد من الأطباء العاملين والمختصين نسبة إلى عدد العيادات التي يشرف عليها، حيث بلغ مجموع العاملين في المنشآت الصحية التابعة للمنظمات غير الحكومية 6390 عامل منهم 615 طبيب عام و174 طبيب أسنان و142 طبيب أطفال و112 طبيب جراحة عامة[2].

تشرف المنظمات غير الحكومية على مراكز للرعاية الصحية الأولية بلغ عددها في الأراضي الفلسطينية 177 مركزاً[3]، أي ما نسبته 36% من عيادات الرعاية الأولية المنتشرة في الأراضي الفلسطينية. ومعظم عيادات الرعاية الصحية التابعة للمنظمات غير الحكومية تقدم خدمات وقائية وإرشادية، بالإضافة إلى الدور الذي تؤديه في تخفيف الضغط الهائل على المؤسسات الحكومية[4].

بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تشرف عليها المنظمات غير الحكومية في محافظة رام الله والبيرة 28 مركزاً من أصل 82 مركزاً للرعاية الأولية الصحية في المحافظة[5]. وتقدم هذه المراكز خدمات طبية مثل الفحوصات المخبرية والأدوية والتطعيم ورعاية المراكز ووسائل تنظيم الأسرة، كما تتوافر فيها أجهزة طبية ومعدات مثل تصوير التراساوند وأجهزة تعقيم وأجهزة تخطيط القلب وأجهزة أشعة سينية[6].

فمثلا تشرف جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني على مركز رام الله للرعاية الصحية الأولية. وهو مركز من المستوى الثالث, ويشتمل على عيادات طب عام, مختبر أسنان, انف وأذن وحنجرة.

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها**، مرجع سابق، ص66.

[2] المرجع السابق، ص66.

[3] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2003، مرجع سابق.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي الديمغرافي**، مرجع سابق، ص42.

[5] وزارة الصحية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2003، مرجع سابق.

[6] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها**، مرجع سابق، ص62.

كما تشرف جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية على عدد من مراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظة رام الله والبيرة مثل عيادة بدو, وهو مركز للرعاية الصحية الأولية من المستوى الثالث ويشتمل على عيادات طب عام, طوارئ, صحة المرأة, أمومة وطفولة وصحة مدرسية.

كما تشرف جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية على مراكز متخصصة مثل مركز الأمراض المزمنة لعلاج الأمراض المزمنة (القلب والشرايين والسكري), ومركز الأجهزة الطبية المساعدة للمعاقين والجرحى, وهذا يقدم أدوات مساعدة وأجهزة طبية. و هناك أيضاً مركز البصريات التابع لجمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية, وهو مركز متخصص لفحص النظر وتزويد ذوي الحاجة بالنظارات والعدسات. وفي مناطق الدراسة تتواجد مراكز الرعاية الاولية التي يشرف عليها القطاع الخيري في مدينتي رام الله والبيرة. كما تتواجد في مدينة دير دبوان (مستوصف دير دبوان) الذي تشرف عليه الجمعية العلمية الطبية وقرية عارورة (عيادة عارورة الخيرية). ما بقية مناطق الدراسة فلا تتواجد فيها مراكز الرعاية الصحية الاولية التابعة للقطاع الخيري.

أما فيما يتعلق بالرعاية الصحية الثانوية فتشرف المنظمات الغير حكومية على 35% من مجموع المستشفيات الموجودة في الأراضي الفلسطينية وعلى 30% تقريباً من مجموع الأسرة [1]. ولهذا يمكن القول أن المنظمات غير الحكومية تشكل ثاني أهم قطاع في تقديم الخدمة الصحية بعد القطاع الحكومي.

ازداد عدد المستشفيات التي تشرف عليها المنظمات غير الحكومية من 24 مستشفى عام 1999 إلى 31 مستشفى عام 2003، كما ازداد عدد الأسرة من 1408 سريراً إلى 1489 سريراً في نفس الفترة[2]. ويتوافر في هذه المستشفيات أقسام ووحدات طبية مثل قسم الجراحة وقسم باطني، قسم نسائي وتوليد، وحدة عناية مكثفة، وحدة عناية بالقلب، قسم الطوارئ، عيادات خارجة، مختبر أشعة وصيدلية تابعان للمستشفى[3].

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي الديمغرافي**، مرجع سابق، ص42.

[2] وزارة الصحية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2003، مرجع سابق.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها**، مرجع سابق، ص64.

وفي محافظة رام الله والبيرة بلغ عدد المستشفيات التابعة للمنظمات غير الحكومية (3) مستشفيات هي:

- **مستشفى الشيخ زايد** : يقع المستشفى في مدينة رام الله في منطقة الماصيون. وقد تم تأسيس هذا المستشفى عام 2000. يضم المستشفى أقسام الطوارئ, العمليات, القسم الداخلي, المختبر, الأشعة وقسم صرف الدواء (الصيدلية). وقد بلغ عدد الأسرة في هذا المستشفى 18 سريراً، أما عدد الإدخالات والإخراجات فقد بلغ (2441، 2952) على التوالي وذلك في العام 2006. أما معدل الإقامة فكان يوما واحدا في العام نفسه مقارنة مع 1.7 يوم في عام 2005، وقد بلغت نسبة إشغال الأسرة للمستشفى 44.9% وعدد أيام الإقامة في المستشفى كانت 2952يوما وأجريت في هذا المستشفى 1246 عملية. أما عدد المرضى الذين تلقوا خدمات طبية في المستشفى دون إقامة فكان 37904 للعالم 2006[1].

- **مستشفى أبو رية** : يقع المستشفى في مدينة رام الله, وقد تم تأسيسه عام 1990. يشرف على هذا المستشفى جمعية أصدقاء المريض الخيرية. يعتبر هذا المستشفى مركز متخصص للعلاج الطبيعي لتأهيل المعاقين, لذلك يشتمل على أقسام تخدم هذا الغرض مثل عيادات تأهيل, إصابات العمود الفقري, قسم العلاج الطبيعي وقسم العلاج الوظيفي وقسم التمريض الداخلي والبركة التي تستخدم للعلاج, كما يوجد في هذا المستشفى قسم الأشعة ومختبر وصيدلية, إلى جانب وجود المكتبة التي تشتمل على أجهزة كمبيوتر وانترنت يستخدمها العاملون في المستشفى وكذلك المرضى. بلغ عدد الأسرة في المستشفى 27 سريراً، وكان عدد الإدخالات 121 وعدد الإخراجات 140, وقد بلغت نسبة إشغال الأسرة في مستشفى أبو رية 92.4% وقد تلقى العلاج في المستشفى دون الحاجة للإقامة عدد من المرضى بلغ عددهم 3968 مريض وكان ذلك عام 2006[2].

- **مستشفى الهلال الأحمر:** تأسست جمعية الهلال الأحمر في عام 1986 لتلبية الحاجات الصحية والاجتماعية والثقافية للفلسطينيين في الأراضي الفلسطينية المحتلة. تتألف جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني من 15 مستشفاً و20 عيادة وعدد من المراكز ومراكز التنمية الاجتماعية،

---

[1] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2006، مرجع سابق

[2] المرجع السابق

وتتمثل مهمة جمعية الهلال الأحمر في تأمين مجموعة واسعة من الخدمات الصحية والاجتماعية والإنسانية ذات النوعية الجيدة للفلسطينيين والفئات المستضعفة.

تشرف جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني على مراكز متخصصة فـي محافظـة رام الله والبيرة مثل مركز الاتصال التام الذي يقدم خدمات تأهيل إعاقة حسية مثل خدمات تأهيل الصـم وأدوات مساعدة، كما يقوم بزيارات منزلية لذوي الحاجة. كما تشرف جمعية الهـلال الأحمـر الفلسطيني على دائرة التأهيل في محافظة رام الله والبيرة والتي تقدم خدمات علاج وقائي مثـل تأهيل مجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة والكشف المبكر عن الإعاقات, إلـى جانـب مركـز المقدسية الذي يقدم أيضا خدمات تأهيل الإعاقات وتشخيص نمو الطفل من الولادة لغاية سـن 7 سنوات إلى جانب تقديم خدمات تربوية وإرشادية.

ومستشفى الهلال الأحمر الذي يقع في مدينة البيرة تأسـس عـام 1991يضـم أقسـام الطوارئ, العيادات التخصصية, قسم النسائية والتوليد, القسم الباطني, قسم الجراحة العامة, قسم الأشعة, المختبر والصيدلية. تبلغ السعة السريريه للمستشفى 33 سريرا. بلغ عدد الإدخالات في المستشفى 4608 والإخراجات 4612 وذلك في عام 2006، أما معدل الإقامة في المستشفى فقد بلغ 1.7 يوما ونسبة إشغال الأسرة 65.8%. أما الذين تلقوا العلاج في المستشفى دون إقامة فقد بلغ عددهم 7928 مريض وذلك في العام نفسه.

كما يوجد في محافظة رام الله والبيرة عدد من الجهات الخيرية التي تقدم خدمات صحية أهمها:

- مركز متخصص لعلاج أمراض الثلاسيميا وهو (مركز علاج أمراض الدم), وتشرف عليـه جمعية أصدقاء مرضى الثلاسيميا.

- المركز الفلسطيني للإرشاد يقدم خدمات صحية نفسية وبرامج إرشاد فردي وعائلي.

- الجمعية العلمية الطبية التي تشرف على مستوصف دير دبوان, وهو مركز للرعاية الصـحية الأولية من المستوى الرابع, ويقدم خدمات متعددة.

– المركز الطبي الخيري الذي تشرف عليه لجنة زكاة وصدقات رام الله والبيرة, وهو مركز للرعاية الصحية الأولية من المستوى الثالث, ويقدم خدمات طب عام, أسنان, مختبر, صيدلية, باطني, عظام, أطفال ونسائية.

– لجان العمل الصحي وهذه تقدم خدماتها الصحية في مدينتي رام الله والبيرة من خلال مراكز للرعاية الصحية الأولية من المستوى الأول من العيادات المتنقلة, ومن المستوى الثالث مثل مركز كفر نعمة, حيث تقدم فيه خدمات صحية بالتعاون مع وزارة الصحة مثل طب عام, طوارئ, أسنان, مختبر, صحة المرأة والطفل, بالإضافة إلى تقديم برامج مجتمعي, كما تشرف لجان العمل الصحي على مراكز للرعاية الصحية الأولية من المستوى الرابع مثل مركز قلنديا الصحي, ويقدم خدمات طب عام, طوارئ, صحة المرأة, عيادة الأمراض الجلدية, أسنان وجراحة أطفال وأنف وأذن وحنجرة[1].

4 .4 الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص Private

على الرغم من أن القطاع الخاص يعتبر قطاعاً ربحياً يتولى الإشراف عليه مجموعة من المستثمرين بهدف الربح، إلا أنه أضحى أحد القطاعات الهامة التي تقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية للمواطنين في الأراضي الفلسطينية. بلور هذا القطاع مفاهيم لدى المواطنين بأنه القطاع الأقدر على توفير رعاية صحية ذات جودة أعلى من القطاع الحكومي، لذا اقتصرت الخدمات الصحية في القطاع الخاص على فئات معينة من السكان ذات الإمكانيات الاقتصادية العالية والقادرة على دفع تكلفة الخدمات المقدمة.

يشرف القطاع الخاص على ما يقارب 31% من المستشفيات وعلى 10% من مجموع الأسرة في الأراضي الفلسطينية [2]. بلغ عدد المنشآت الصحية العاملة في الأراضي الفلسطينية والتابعة للقطاع الخاص 3238 منشأة يعمل فيها 7636 فرد من مختلف التخصصات[3].

[1] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2006، مرجع سابق.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي الديمغرافي**، مرجع سابق، ص42.

[3] المرجع السابق، ص66.

تدار مئات العيادات الخاصة من قبل الأطباء الأخصائيين والصيادلة وفنيي المختبرات والأشعة، فقد بلغ عدد عيادات الطب العام التابعة لهذا القطاع في الأراضي الفلسطينية 372 عيادة. أما عيادات طب الاختصاص والتي تتخصص بعلاج أمراض معينة مثل أمراض القلب والأمراض الباطنية والأمراض الجلدية فقد بلغ عددها 1273 عيادة طب اختصاص يديرها أطباء متخصصون في علاج هذه الأمراض. كما تنتشر في الأراضي الفلسطينية عيادات خاصة لطب الأسنان وهذه بلغ عددها 1031 عيادة طب أسنان لمعالجة مختلف أمراض اللثة والأسنان. كما يقدم القطاع الخاص خدمات صحية من خلال مراكز طبية (المجمعات الطبية) والتي تضم مجموعة من الأطباء وفنيي المختبرات والأشعة وهذه بلغ عددها 91 مركز صحي/ مجمع طبي. أما مختبرات التحاليل الطبية التابعة للقطاع الخاص فقد بلغ عددها 262 مختبر تحاليل طبية في الضفة الغربية[1] منها 10 مختبرات في مدينتي رام الله والبيرة وهي: مختبر يافا الطبي, مختبر ميديبال – ميديكير المركزي, مختبر صحة رام الله, مختبر المركز الصحي, مختبر الشفاء الطبي, مختبر الزهراوي, مختبر الرعاية العربية, مختبر الأقصى الطبي, مختبر ابن سينا والمختبر الطبي التخصصي.

يقدم القطاع الخاص خدمات صحية من خلال عدد من المستشفيات الخاصة التي تنتشر في الأراضي الفلسطينية. بلغ عدد المستشفيات الخاصة 23 مستشفى بسعة سريرية قدرها 518 سريراً، منها 18 مستشفى بالضفة الغربية بسعة 405 سريراً وهذه تشكل 14.7% من مجمل الأسرة في الضفة الغربية[2].

يوجد في محافظة رام الله والبيرة 5 مستشفيات تابعة للقطاع الخاص هي:

– **مستشفى خالد الطريفي** : يقع مستشفى خالد الطريفي في مدينة رام الله وبالتحديد في شارع الإرسال. تأسس هذا المستشفى عام 1990 بسعة سريريه تبلغ 14 سريراً, ويضم أقسام عديدة وهي : قسم الطوارئ, قسم الجراحة العامة, قسم النسائية والتوليد, إلى جانب وجود مختبر

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها**، مرجع سابق، ص61.

[2] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2003، مرجع سابق.

وصيدلية. بلغ عدد الإدخالات 1212مريض وذلك عام 2006 أما الإخراجات فقد بلـــغ عـــددها 1212مريض وذلك في العام نفسه[1].

بلغ معدل الإقامة في المستشفى يومان ونسبة إشغال الأسرة هي 47.4%. أمـــا الـــذين تلقوا علاجاً في المستشفى دون إقامة فقد بلغ عددهم 2779 مريض وذلك في عام 2006[2].

- مستشفى الرعاية العربية التخصصي: Arab Care Medical Service

تم تأسيس المستشفى والذي يقع في وسط مدينة رام الله (دوار المنارة) عـــام 1994. يضم المستشفى أقسام الجراحة والعمليات , النسائية والتوليـــد, الأشـــعة, المختبـــر والعيـــادات الخارجية. بلغت السعة السريرية للمستشفى 33 سرير ونســـبة إشـــغالها كانـــت85.6%. أمـــا الإدخالات فكان عددها 4131 مريض والإخراجات 4296 مريض. وقـــد أجريـــت فـــي هـــذا المستشفى 1438 عملية وتلقى العلاج في هذا المستشفى 75237 مريض دون الحاجة للإقامـــة في المستشفى وكان ذلك عام 2005[3].

- مستشفى الرازي لطب وجراحة العيون: Ophthalmic

تأسس هذا المستشفى والذي يقع في مدينة البيرة عام 1995. وهو مستشفى متخصص لطب وجراحة العيون لذلك يشتمل على أقسام تخدم هذا الغرض وهي قسم العمليات الذي يجري عمليات كبرى وصغرى, قسم العلاج بالليزر, قســـم الأشـــعة (التراســـاوند) وقســـم العيـــادات الخارجية. بلغ عدد الأسرة في هذا المستشفى 10 أسرة وكـــان عـــدد الإدخـــالات 8 مرضـــى والإخراجات 8 مرضى عام 2005. بلغ معدل إشغال أسرة المستشفى 0.1%. أمـــا المرضـــى الذين تلقوا العلاج في المستشفى دون إقامة فقد بلغ عددهم 1479 مريض وذلك في العام نفسه[4].

- **مستشفى وليد الناظر:** يقع هذا المستشفى في مدينة رام الله في شارع الإرســـال. وقـــد تـــم تأسيسه عام 1992. وهو مستشفى متخصص للنسائية والتوليد, كما يشتمل على قسم للجراحـــة

---

[1] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2006، مرجع سابق.

[2] المرجع السابق.

[3] المرجع السابق.

[4] المرجع السابق.

لإجراء العمليات القيصرية. هذا المستشفى سعته السريرية 10اسرة، وعـدد الإدخـالات 414 مريض والإخراجات 414 مريض. أما معدل إشغال الأسرة في المستشفى فقد بلغ 13.9% في عام 2007، وتوجهت 2520 حالة لتلقي العلاج في المستشفى دون الحاجة للإقامة[1].

– **مستشفى المستقبل:** يقع هذا المستشفى في مدينة رام الله على طريق رام الله – نابلس, وقد تم تأسيسه عام 1998. يشتمل المستشفى على أقسام الطوارئ, العمليـات والجراحـة, الـولادة, حضانة, قسم الأشعة, مختبر وصيدلية. بلغ عدد الأسرة فـي المستشـفى 20 سـريراً، وعـدد الإدخالات والإخراجات 1986 مريض، و1986 مريض على التوالي. أما معدل إشغال الأسرة في المستشفى فكان 68% وعدد الحالات التي تلقت العلاج في المستشفى دون الحاجة للإقامـة 3948 مريض وذلك في العام 2007[2].

ومن الجدير بالذكر ان مناطق الدراسة لا تتوفر فيها خدمات صحية يشرف عليها القطاع الخاص باستثناء قرية عارورة التي يوجد فيها عيادتان خاصتان يديرهما أطباء مـن القريـة (عيادة طب عام وعيادة أمراض الأذن والأنف والحنجرة) وقرية عابود التي يوجد فيها مختبـر خاص وعيادة خاصة لطب الأسنان.

4. 5 الخدمات الصحية التي تقدمها وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونـوروا) :UNRWA

بعد نكبة الشعب الفلسطيني عام 1948 واحتلال إسرائيل لحوالي 78% من الأراضـي الفلسطينية وإجبار قرابة800 ألف فلسطيني على النزوح من مساكنهم والتخلي عـن أراضـيهم وأملاكهم اضطر قسم كبير من هؤلاء إلى الإقامة في مخيمات أو في العراء أو الكهوف أملا في العودة القريبة إلى أراضيهم. وفي الأول من أيار عام 1950، انطلق برنامج الأونوروا الصحي لتقديم خدمات الرعاية الأولية الوقائية الشاملة، وذلك لضمان مستوى صحي جيد خصوصاً فـي أواسط الأطفال والنساء[3]. توفر وكالة الغوث الدولية خدمات الرعاية الطبية والصحة الأسـرية

---

[1] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2006، مرجع سابق.

[2] المرجع السابق.

[3] أونروا، وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، 1998، **الوكالة على مدار الساعة.** مكتب رئاسـة الأونروا/ غزة، ص12.

والسيطرة على المرض والوقاية منه والتعليم الصحي بشكل مباشر للاجئين الفلسطينيين، وذلك من خلال شبكة خدمات الوكالة الصحية التي تمثل ما نسبته 7% تقريباً من عيـادات الرعايـة الصحية الأولية داخل مخيمات اللاجئين وخارجها في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة[1]. بلغ عدد المنشآت الصحية في الأراضي الفلسطينية التي تشرف عليها وكالة الغوث الدولية 89 منشأة صحية وذلك في العام 2006[2].

تدير وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين 51 مركزاً صحيا منها17 مركزاً فـي قطاع غزة و34 مركزاً في الضفة الغربية. تلعب هذه المراكز دوراً رئيساً في برامج التطعـيم بالتعاون مع وزارة الصحة، وقد بلغ معدل اللاجئين لكل مركز صحي يعـود لوكالـة الغـوث 31.117 نسمة[3].

ومن مراكز الصحة الأولية التي تشرف عليها الأونوروا في محافظـة رام الله والبيـرة مركز الأمعري الصحي, والذي سبق الحديث عنه في الفصل الأول وعيادة دير عمار و عيادة عين عريك وعيادة الجلزون وعيادة بيت عور, وهي مراكز للرعايـة الصـحية الاوليـة مـن المستوى الثاني[4].

بلغ عدد العاملين في المؤسسات الصحية التابعة لوكالة الغوث الدوليـة 1.752عامـل، منهم 154 طبيب عام ومختص. وبلغ عددهم بالنسبة للاجئـين المسـجلين 8.6 طبيـب لكـل 100000 من اللاجئين عام 2005 ارتفع إلى 9.8 طبيب عـام 2006 لكـل 100000 مـن اللاجئين. تشرف وكالة الغوث الدولية على عيادات أسنان بلغ عددها 22 عيادة في عام 2006 يعمل فيها 29 طبيب أسنان ونسبتهم إلى عدد اللاجئين المسجلين 2.8 طبيب لكل 100000 من اللاجئين عام 2005 ارتفع إلى 2.9 طبيب عام 2006 لكل 100000 من اللاجئين. اما خدمات التمريض فيقدمها 496 ممرض وممرضة في المؤسسات الصحية التي تشرف عليها الاونوروا وهؤلاء بلغت نسبتهم 30.1 ممرض وممرضه لكل 100000 من اللاجئـين عـام 2005 ثـم

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي الديمغرافي**. مرجع سابق، ص41.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المراقب الاقتصادي والاجتماعي**، مرجع سابق، ص58.

[3] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2003، مرجع سابق.

[4] وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2006، مرجع سابق.

انخفض إلى 28.0 ممرض وممرضه عام 2006 وذلك لكل 100000 من اللاجئين[1]. إلى جانب ذلك يعمل في المؤسسات الصحية التابعة لوكالة الغوث الدولية 197 عامل فـــي مهـــن طبيـــة مساعدة و871 كإداريين وعمال خدمات[2]. تشرف وكالة الغوث الدولية في الضفة الغربية على 7 مراكز للأشعة و7 عيادات للعلاج الطبيعي و17 مختبرا داخل المخيمات و20 مختبرا خارجهـــا وذلك في العام 2006[3].

تقدم وكالة الغوث خدمات الرعاية الصحية الثانوية لسكان الضفة الغربية فقط من خلال مستشفى واحد بما نسبته 1.2% من مجموع الأسرة في الأراضي الفلســطينية[4]. يوجــد هــذا المستشفى في مدينة قلقيلية وتديره الأونروا منذ الخمسينات من القرن العشرين، وسعته السريرية 63 سرير. بلغ عدد الإدخالات للمستشفى 6630 وعدد الإخراجات 6657 وذلـــك فـــي العـــام 2007. أما نسبة إشغال الأسرة فهي 57%. كان عدد الحالات التـــي توجهـــت للعـــلاج فـــي المستشفى دون الحاجة للإقامة 29249، وذلك في العام نفسه[5]. يقدم هذا المستشـــفى الخـــدمات الطبية والجراحية وخدمات أمراض النساء والولادة للاجئين والحالات الاجتماعية من مـــواطني منطقة قلقيلية ونابلس. ومن الملاحظ أن اللاجئين الفلسطينيين لا يستطيعون الحصول بســـهولة على الخدمات الطبية الثانوية والاختصاصية لعلاج الحالات الخطرة عند الحاجـــة، ويحصـــلون على مثل هذه الخدمات فقط من خلال نظام التعاقد مع المستشفيات التي تقبل تحويل هذه الحالات لهم من قبل الأونروا[6] مثل مستشفى المطلع في مدينة القدس والذي لايستطيع فلسطينيو الضـــفة الغربية وقطاع غزة من الوصول إلى المستشفى والاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة.

هذا وقد جرى تقليص على خدمات الوكالة منذ أواسط التسعينات وخاصة تلك المتعلقـــة بإعطاء التحويلات للمستشفيات، بسبب ارتفاع تكاليف المستشفيات وانخفاض ميزانية الوكالة مما دفع الوكالة إلى زيادة نسبة مشاركة اللاجئين في تكلفة العلاج بمـــا نســـبته 12-40%. كـــذلك

[1] مقابلة مع الدكتور خالد الحلو، مرجع سابق.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها**، مرجع سابق، ص67.

[3] مقابلة مع الدكتور خالد الحلو، مرجع سابق.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي الديمغرافي**، مرجع سابق، ص41-42.

[5] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**. 2006، مرجع سابق.

[6] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي الديمغرافي**، مرجع سابق، ص41.

خفض عدد الحالات وعدم تغطية تكاليف بعض الحالات، ونتيجة لكل هذا التقليص حرم الآلاف من الفلسطينيين من تلقي الخدمات الصحية[1].

4. 6 التأمين الصحي Health Insurance

يعتقد الكثير من الناس أن التأمين الصحي هو تأميناً ضد المرض، وهذا الاعتقاد خاطئ بلاشك, لان التامين الصحي هو تأمين ضد تكلفة الخدمة الطبيـــة، أي أن الفــرد يـــدفع مقــدماً وبطريقة منتظمة مبلغاً محدداً من المال- لا يشكل في حد ذاته عبئاً اقتصاديا- نظير الخـــدمات الصحية التي سيتلقاها عند الحاجة.

بدأ العمل بنظم التأمين الصحي في أواخر العشرينات من القرن العشرين نتيجة للركود الاقتصادي العالمي, مما جعل الكثير من الأفراد عاجزين عن تسديد نفقات العلاج والاستشـــفاء. وازداد الإقبال على نظم التأمين الصحي بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية، وبعد إعلان معظـــم الدول المتقدمة أن الرعاية الصحية حق من حقوق الإنسان لا بد لكل فرد أن يحصل عليها مهما اختلف وضعه الاقتصادي[2].

يعرف التأمين الصحي بأنه تعويض عن خسارة مادية ترتبط بتغطية التكاليف المتعلقـــة بمشكلة صحية ما وعلاجها[3]، وبمقتضى نظام التأمين الصحي يحصل السكان المـــؤمنين علـــى الرعاية الصحية بموجب اشتراكهم بهذا النظام، الذي يغطي بـــدوره معظـــم تكـــاليف الرعايـــة الصحية المقدمة لهم.

تتفاوت نظم التأمين الصحي تفاوتاً كبيراً بين بلد وآخر، فهناك دول يعد التأمين الحكومي النمط الوحيد فيها مثل كندا والدانمرك حيث تتم تغطية نفقات الرعاية الصحية من عوائد برامج التأمين الاجتماعي فيها. وفي الجانب الآخر هناك دول يسود فيها انواع اخرى من التامين غيـــر التامين الحكومي وخاصة التامين الخاص. ومن أشهر الدول التي يعتبر التأمين غير الحكـــومي سائداً فيها بنسبة قد تصل إلى 33% من مصادر تمويل الرعاية الصـــحية الولايـــات المتحـــدة

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي الديمغرافي**، مرجع سابق، ص42.

[2] نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، 1999، مرجع سابق، ص98.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها**، مرجع سابق، ص26.

الأمريكية، حيث يخضع نظامها الصحي في المقام الأول لنظام آليات السوق المتمثل في المنافسة الحرة والاختيار الحر للسلعة المطلوبة، فالخدمات الصحية يعثر عليها وتباع مثل أي سلعة أخرى، ومن ثم يعتمد توزيع الخدمات الصحية على القدرة الشرائية للمستفيدين[1].

أدخلت وزارة الصحة الفلسطينية بعض التحسينات على منظومة التأمين الصحي في فلسطين خلال السنوات القليلة الماضية, إلا أن التامين الصحي مازال يشكل احد أبرز المشكلات في النظام الصحي الفلسطيني. ويعود ذلك إلى ندرة الموارد الوطنية بالإضافة إلى تنوع الأمراض الواسعة الانتشار، مما يعيق توفير رزم تأمين صحي وطني شاملة للجمهور الفلسطيني[2]. ومن معيقات الوصول إلى تامين صحي وطني شامل عدم الاستقرار الأمني والسياسي، ومعدلات البطالة العالية وعدم التنسيق الكافي بين مقدمي الخدمات الصحية في فلسطين[3].

ومن أبرز التأمينات الموجودة في الأراضي الفلسطينية التأمين الحكومي (التابع لوزارة الصحة)، التأمين العسكري، تأمين وكالة الغوث، التأمين الخاص والتأمين الإسرائيلي. هناك نمطين للتأمين الصحي الحكومي هما: التأمين الإجباري وهذا يشترك فيه جميع الموظفين في القطاع الحكومي والبلديات والمتقاعدين, وقد بلغت نسبة العائلات المشاركة في هذا النوع من التأمين 28.2% في العام 2003م. أما القسم الثاني من التأمين الصحي الحكومي فهو التأمين الطوعي، حيث تترك الحرية للمستفيد للاشتراك في هذا النمط من التأمين. بلغ عدد المؤمنين صحيا بهذا النوع من التأمين 1.2% وذلك في العام 2003[4].

تشير النتائج إلى أن نسبة المؤمنين صحياً بلغت 76.1% في الأراضي الفلسطينية بواقع 65.8% في الضفة الغربية و93.8% في قطاع غزة. كما بلغت نسبة المشمولين بالتأمين

---

[1] الأحمدي، طلال بن عايد، 2004، **إدارة الرعاية الصحية.** معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، ص35.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **الوضع الراهن في الأراضي الفلسطينية في ظل الإجراءات الإسرائيلية أحادية الجانب، واقع ومؤشرات.** أيار/ مايو، 2006، رام الله، فلسطين، ص71.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي الديمغرافي.** مرجع سابق، ص75.

[4] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2003، مرجع سابق.

الصحي الحكومي في الأراضي الفلسطينية حوالي 51.8% حيث ترتفع نسبتهم في قطاع غـزة 66.5% مقابل 43.2% في الضفة الغربية[1].

ومن أنواع التأمينات الأخرى الموجودة في الأراضي الفلسـطينية التـأمين العسـكري (Military). وهو احد أنواع التامين الذي يشترك فيه العاملين في القطاع العسكري فقط. بلغت نسبة المؤمنين عسكريا في الضفة الغربية 1.4% في العام 2004, أما في قطاع غزة فقد بلغت نسبتهم 8.7% وذلك في العام نفسه [2].

أما التأمين الخاص (Private) الذي يعتبر احد أنواع التامين التـي يسـمح لأي فـرد الاشتراك فيه فقد بلغت نسبة تغطيته في الأراضي الفلسطينية 3.7 % من إجمـالي المـؤمنين صحيا (2.1% في الضفة الغربية مقابل 1.1% في قطاع غزة)[3]، وهذه الفوارق بـين الضـفة والقطاع في نسبة تغطية التأمين ربما يعود إلى الفوارق الاقتصادية التي تميز الضفة الغربية عن قطاع غزة، حيث يتعذر على الغالبية العظمى من أسر قطاع غزة الاشتراك في مثل هذا النـوع من التأمينات نظرا لما يتطلبه من دفع مبلغ من المال يعتبر الأعلى من بين ما تتطلبـه أنـواع التامين الأخرى.

أما تأمين العاملين داخل الخط الأخضر (التأمين الإسرائيلي) فهو احد أنواع التامين الذي يشمل العاملين بشكل قانوني في إسرائيل وهؤلاء من حملة تصاريح العمل في اسرائيل. تـأثر التامين الإسرائيلي بشكل كبير بالاغلاقات التي فرضها الاحتلال في سنوات انتفاضة الأقصـى، حيث شكل هذا النمط ما نسبته 19% من إجمالي المؤمنين في الأعوام من 1995–2000 وذلك قبيل انتفاضة الأقصى، بينما انخفضت النسبة إلى 1.5% في العام 2002 ثم ارتفع إلـى 4.9% في العام 2003[4]، أما في العام 2007 فقد بلغت نسبة المؤمنين بهذا النوع مـن التـأمين فـي الأراضي الفلسطينية 8.2% (7% في الضفة الغربية و1.2% في قطاع غزة)[5] وذلـك بسـبب

---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **الوضع الراهن في الأراضي الفلسطينية في ظل الإجراءات الإسرائيلية أحادية الجانب، واقع ومؤشرات**. مرجع سابق، ص71.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي الديمغرافي**. مرجع سابق، ص176.

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **كتاب فلسطين الإحصائي السنوي رقم (8)**، مرجع سابق، ص339.

[4] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2003، مرجع سابق.

[5] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2006، مرجع سابق.

الاستقرار النسبي الذي شهدته الأراضي الفلسطينية مما سمح بعودة الفلسطينيين للعمل في إسرائيل والحصول على تصاريح بموجبها يتمكنون من الاشتراك في التامين الإسرائيلي.

يعتبر تأمين وكالة الغوث الدولية (UNRWA) احد أنواع التامين الذي لا يسمح إلا للاجئين الاشتراك فيه. بلغت نسبة الأفراد المؤمنين في الأراضي الفلسطينية بهذا النوع من التأمين 32.9% (14.0% في الضفة الغربية و65.5% في قطاع غزة)[1]، وهذا الفارق ما بين الضفة والقطاع ربما يعود إلى تدهور الأوضاع السياسية والأمنية في القطاع وزيادة عدد اللاجئين المسجلين لدى وكالة الغوث الدولية في قطاع غزة.

ومن أنواع التأمينات الموجودة في فلسطين تأمين الشؤون الاجتماعية الذي تقدمه وزارة الشؤون الاجتماعية للفقراء والمساكين مقابل مبلغ رمزي يدفعه هؤلاء نظير طوابع وأختام تتطلبها معاملة تقديم طلب للحصول على هذا النوع من التامين. بلغت نسبة الأفراد المؤمنين بهذا النوع من التامين 17% من مجموع المؤمنين صحيا وذلك في عام 2000، ثم ارتفعت إلى 19.2% من إجمالي المؤمنين صحيا وذلك في عام 2003[2].

أما في مجتمع الدراسة فتشير النتائج إلى أن نسبة المؤمنين صحيا كانت في مدن الدراسة اعلاهاحيث بلغت 58% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة,بينما بلغت نسبة المؤمنين صحيا في قرى الدراسة 49% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة,اما في مخيم الدراسة فقد بلغت نسبة المؤمنين صحيا 30.6% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة. أما أهم أنواع التامين في مجتمع الدراسة فهي:

– التأمين الحكومي : وقد شكل المؤمنين صحيا بتأمين حكومي النسبة الأكبر في مناطق الدراسة وهذا يعود إلى ارتفاع نسبة الموظفين في القطاع الحكومي من إجمالي العاملين في مجتمع الدراسة, حيث بلغت نسبة المؤمنين صحيا من نوع تامين حكومي في مدن الدراسة 66.9% من اجمالي عدد المؤمنين صحيا في مدن الدراسة و77.5% من اجمالي عدد المؤمنين صحيا في قرى الدراسة و85.7% من اجمالي عدد المؤمنين صحيا في مخيم الدراسة.

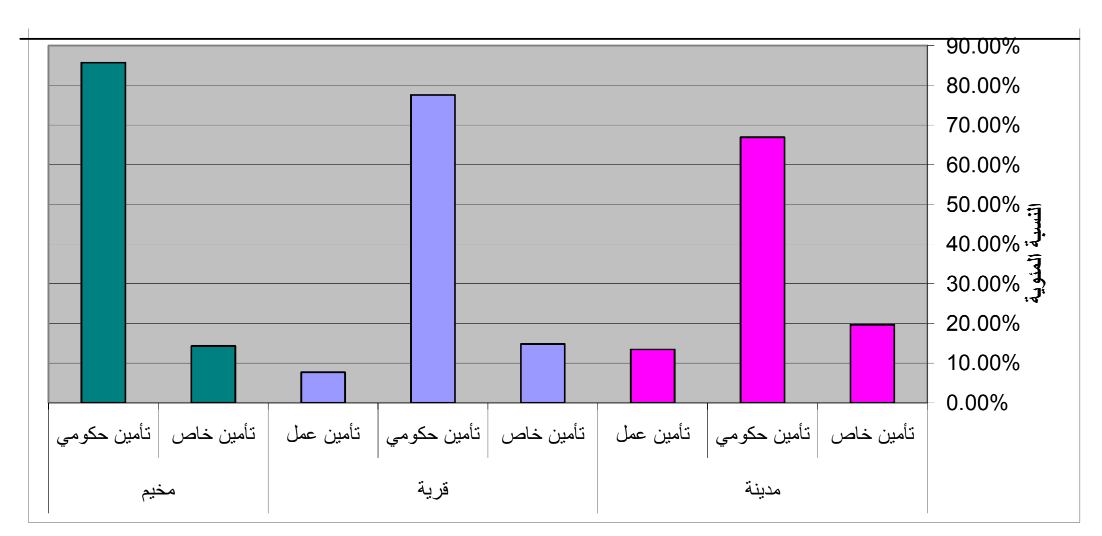
---

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **كتاب فلسطين الإحصائي السنوي رقم (8)**، مرجع سابق، ص339.

[2] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين** 2003، مرجع سابق.

- التأمين الخاص : فقد بلغت نسب المؤمنين بهذا النوع من التامين الصحي 19.6% من اجمالي عدد المؤمنين صحيا في مدن الدراسة و14.7 % من اجمالي عدد المؤمنين صحيا في قرى الدراسة و14.2% من اجمالي عدد المؤمنين صحيا في مخيم الدراسة.

- تأمين العمل : يسود هذا النوع من التامين الصحي فقط في مدن وقرى الدراسة بينما لم يظهر في النتائج وجود هذا النوع من التامين الصحي في مخيم الدراسة,ويعود ذلك الى ان النسبة الاكبر من ارباب الاسر في المخيم تعمل في المجالات الطبية التي توفر التامين الحكومي او تامين الاونوروا كما ترتفع ايضا نسبة العاملين في المزارع واعمال البناء وهذه المهن لا توفر تامينا صحيا للعاملين فيها.اما نسبة الافراد المؤمنين صحيا بتامين عمل في مدن الدراسة فقد بلغت نسبتهم 134.4% من اجمالي الممنين صحيا في مدن الدراسة و7.9% من اجمالي المؤمنين صحيا في قرى الدراسة[1].



الشكل (6): أنواع التأمين الصحي في مجتمع الدراسة

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

يمكن القول أن انتشار التأمين الصحي وازدياد عدد المستفيدين منه سيسهل الحصول على الخدمات الصحية وبالتالي المساهمة في تحقيق التوازن بين الخدمات الصحية المعروضة والتي تتعدد الجهات المشرفة عليها وبين الاحتياجات الصحية المطلوبة لمختلف الفئات السكانية.

---

[1] نتائج تحليل استبانة الدراسة

4. 7 تحويلات العلاج للخارج (Transfers Out of the treatment)

من الخدمات الصحية التي تقدمها وزارة الصحة في فلسطين تحويل بعض الحالات المرضية للعلاج في خارج مؤسسات وزارة الصحة إما داخل فلسطين أو خارجها. وهي تلك الحالات التي يستعصى على الأطباء الفلسطينيين علاجها أو تلك التي يتطلب علاجها فحوصات وأجهزة خاصة لا تتوافر في المؤسسات الصحية الفلسطينية.

بلغ عدد المحولين للعلاج أو الاستشارة خارج مستشفيات وزارة الصحة 31721 حالة وبتكلفة إجمالية بلغت 268044025 شيكل وهو ما يمثل 42.7% من ميزانية وزارة الصحة وذلك في العام 2005 [1]. بلغ إجمالي الحالات التي تم تحويلها إلى مستشفيات داخل فلسطين 53% من إجمالي حالات التحويل, بينما وصل عدد المحولين إلى مؤسسات صحية خارج فلسطين 47% من إجمالي حالات التحويل (17.5% لمصر و15.9% للأردن و13.7% للمستشفيات داخل الخط الأخضر). تعتبر أمراض العيون والأورام وقسطرة القلب من الأمراض التي تحتل المراكز الثلاثة الأولى على التوالي من حيث عدد المحولين للخارج[2] وهذا يعكس ضعف امكانيات المؤسسات الصحية الفلسطينية في علاج هذه الحالات المرضية.

وفي عام 2006 بلغ إجمالي الحالات التي تم تحويلها للعلاج خارج مؤسسات وزارة الصحة 22811 حالة (14597 حالة في الضفة الغربية و 8214 حالة في قطاع غزة), وقد بلغت تكلفة العلاج 167770184 شيكل (109391741 شيكل تكلفة علاج مرضى الضفة الغربية و 58378443 شيكل تكلفة علاج مرضى قطاع غزة).

وعلى صعيد المحافظات احتلت محافظة غزة المرتبة الأولى في عدد المحولين للعلاج في الخارج حيث بلغ عددهم4.261 حالة في العام 2006وهذا مرتبط بالأوضاع الأمنية التي تشهدها المحافظة. تلتها محافظة الخليل والتي بلغ عدد المحولين منها للعلاج في الخارج3129 حالة, تلتها محافظة نابلس فقد بلغ عدد الحالات التي حولت للعلاج في الخارج 2309 حالة, أما محافظة رام الله والبيرة فقد احتلت المرتبة الرابعة في عدد المحولين للعلاج في الخارج والبالغ

---

[1] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، الوضع الصحي في فلسطين 2006، مرجع سابق.

[2] المرجع السابق.

عددهم 20707 حالة بتكلفة بلغت 19804765 شيكل وذلك في العام نفسه[1]. ومن الجدير بالذكر انه لا توجد بيانات حول عدد المرضى في كل منطقة من مناطق الدراسة والذين تـم تحـويلهم للخارج لتلقي العلاج.

4. 8 عوائق الحصـول علـى الخـدمات الصـحية (Unhindered access to health services)

تتشابه جميع محافظات فلسطين في معظم العوائق التي تحول دون وصول السكان إلـى حيث الخدمات الصحية والحصول عليها. فما زالت الإجراءات الإسرائيلية تشكل عائقاً رئيسـياً أمام حصول الأسر الفلسطينية على الخدمات الصحية في كل من الضفة الغربية وقطاع غـزة. فالاحتلال يتحمل الجزء الأكبر في تدهور الواقع الصحي في فلسطين، وذلك من خلال الحواجز العسكرية على مداخل المدن وبعض القرى مما يعيق وصول المرضى إلى المؤسسات الصحية لتلقي العلاج اللازم. كما أن طول انتظار المرضى على الحواجز يعرضهم لمضاعفات مرضية تزيد حالتهم سوءا, إلى جانب احتمال عدم السماح لهم بعبور الحاجز والوصول إلى المدينة حيث يتوفر العلاج. إن انتشار الحواجز العسكرية الإسرائيلية يعيق وصول الأطباء إلى أماكن عملهم تحديداً في العيادات الريفية، كما يعيق وصول المستلزمات الطبية من أدوية وأكسجين وأجهـزة ومعدات طبية إلى المستشفيات والعيادات مما يعيق هذه المؤسسات الصحية ويحـول دون أداء دورها في رعاية المرضى وتقديم العلاج اللازم. وقد شكلت نسبة الأسر الفلسطينية التي واجهت عوائق في الحصول على الخدمات الصحية بسبب الحواجز العسكرية الإسـرائيلية 34% مـن إجمالي الأسر وذلك في العام 2005[2].

ومن الممارسات الإسرائيلية التي تشكل عوائق أمام الحصول على الخـدمات الصـحية الحصار الإسرائيلي. يقصد بالحصار فرض إسرائيل طوق امني على منطقة ما بحيـث يمنـع دخول الأفراد والبضائع إلى المنطقة كذلك الخروج منها. وفي هذه الحالة يتم منع دخول الأطباء والأدوية والغذاء وغيرها والتي تعتبر المسؤولة عن حفظ الصحة والسلامة للسكان, كما يتم منع

---

[1] وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، الوضع الصحي في فلسطين 2006، مرجع سابق.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المراقب الاقتصادي والاجتماعي**، مرجع سابق، ص62.

السكان في المنطقة المحاصرة من الخروج حتى المرضى في حالات الحصار المشددة يمنعــون من الخروج لتلقي العلاج اللازم مما يشكل تهديدا لصحتهم.

ومن الأمثلة على أنواع الحصار التي تلحق الضرر بصحة السكان حصـــار الأدويـــة. فهناك أدوية وصلت من جهات مختلفة كمساعدات للشعب الفلسطيني لكنها تعلق علـــى المعـــابر ويمنع الاحتلال دخولها. مما يترتب عليه نقصاً في الأدوية أو نفاذ غالبيـــة الرصـــيد الـــدوائي والمستلزمات الطبية من المؤسسات الصحية الفلسطينية مما يحول دون شفاء المرضى والنتيجة هي ارتفاع معدل المرضى والوفيات. تشير النتائج إلى أن 62.7% من الأسر في الضفة الغربية و27.8% في قطاع غزة شكل الحصار الإسرائيلي لها عائقاً فـــي الحصـــول علـــى الخـــدمات الصحية[1].

يعتبر جدار الضم والتوسع من عوائق الحصول على الخدمات الصحية، حيث يعمل على تقييد أو منع حركة الأشخاص والبضائع بما فيها الأدوية والمعدات الطبية. تعتبر قرية بلعين التي تقع على مسافة 4 كم شرق الخط الأخضر واحدة من القرى التي التهم الجدار مساحة كبيرة من أراضيها, تقدر هذه المساحة ب 2300 دونم، مما يشكل عائقا أمام تنقل السكان بحرية إلى جانب أضرار أخرى أهمها حرمان السكان من أراضيهم وموارد رزقهم، وتشير الدراســـات إلـــى أن 10.8% من الأسر يشكل لها جدار الضم والتوسع عائقاً للحصول على الخدمات الصحية[2]. وفي مناطق الدراسة تعتبر قرية بلعين من أكثر مناطق هذه الدراسة تأثرا بإقامة الجدار الذي خسرت من جراء بنائه حوالي 2300 دونم إلى جانب أضرار أخرى ألحقها الجدار بالقرية مثل التأثيرات البيئية والنفسية.

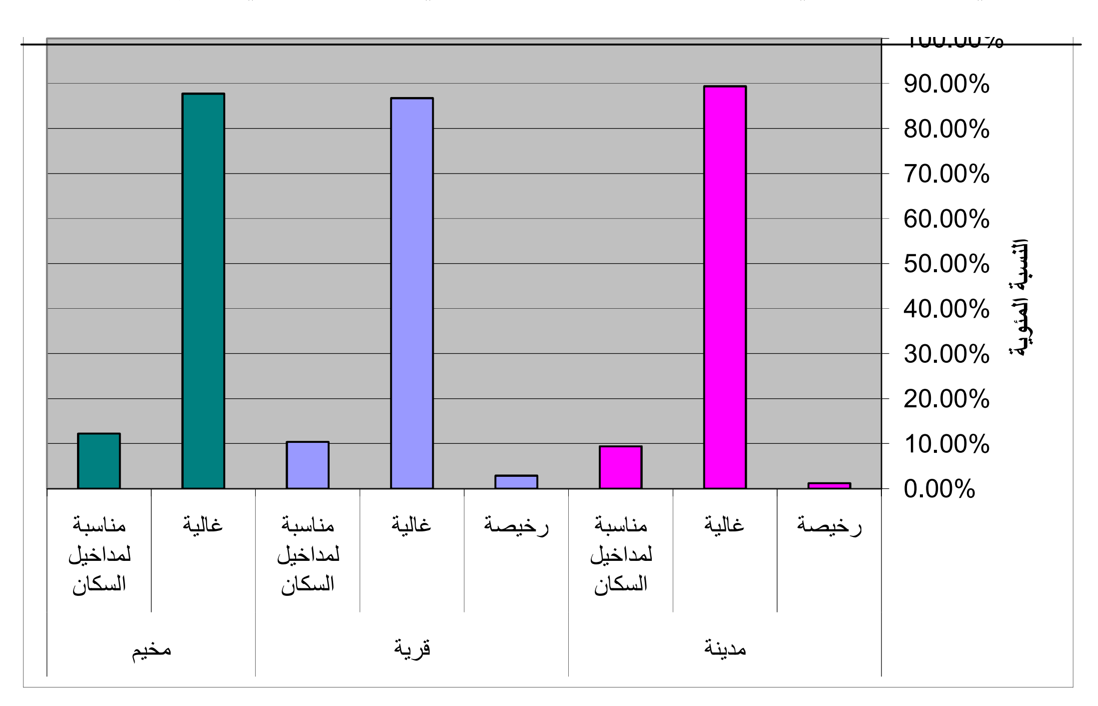
ومن عوائق الحصول على الخدمات الصحية ارتفاع تكلفة العلاج في ظل تفـــاقم الفقـــر وارتفاع معدلات البطالة والانتكاسات التي أصابت سوق العمل الفلسطيني في فترة الانتفاضة.

---

[1] السلطة الوطنية الفلسطينية- وزارة التخطيط، 2008، **تدهور الأوضاع المعيشية للفلسطينيين**، تاريخ سحب الملـــف 28 حزيران/ تموز http://www.mop.gov.ps/ar/puplishing/detail.asp?record id:2008

[2] السلطة الوطنية الفلسطينية- وزارة التخطيط، 2008، **تدهور الأوضاع المعيشية للفلسطينيين**، مرجع سابق.

أفادت 48.6% من الأسر في الضفة الغربية و47.4% في قطاع غزة بأن عدم مقدرتها على تغطية تكاليف العلاج المرتفعة سبب لها عائقاً في الحصول على الخدمات الصحية[1]. وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أن من أهم عوائق الحصول على الخدمات الصحية ارتفاع تكاليف العلاج, حيث ان النسبة الاكبر من الافراد في مجتمع الدراسة يرون ان تكاليف العلاج في المستشفيات غالية وهؤلاء بلغت نسبتهم 90% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و87% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة و88% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة[2].



الشكل (7): تباين آراء السكان في مجتمع الدراسة حول تكاليف العلاج في المستشفيات

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

تعتبر مسألة موقع المركز الصحي وبعده عن التجمعات السكنية من عوائق الحصول على الخدمات الصحية، فسهولة الوصول إلى الخدمات الصحية من المعايير المهمة التي يجب مراعاتها عند اختيار مواقع الخدمات الصحية. لان الرعاية الصحية تتمحور حول الاتصال المباشر ما بين السكان المحتاجين للخدمات الصحية وبين مقدميها. فعامل المسافة من المتغيرات التي تؤثر طردا على درجة الاستفادة من الخدمات الصحية.تشير الدراسات إلى أن 31.2% من

[1] السلطة الوطنية الفلسطينية– وزارة التخطيط، 2008، **تدهور الأوضاع المعيشية للفلسطينيين**، مرجع سابق.

[2] نتائج تحليل الاستبانة، 2008.

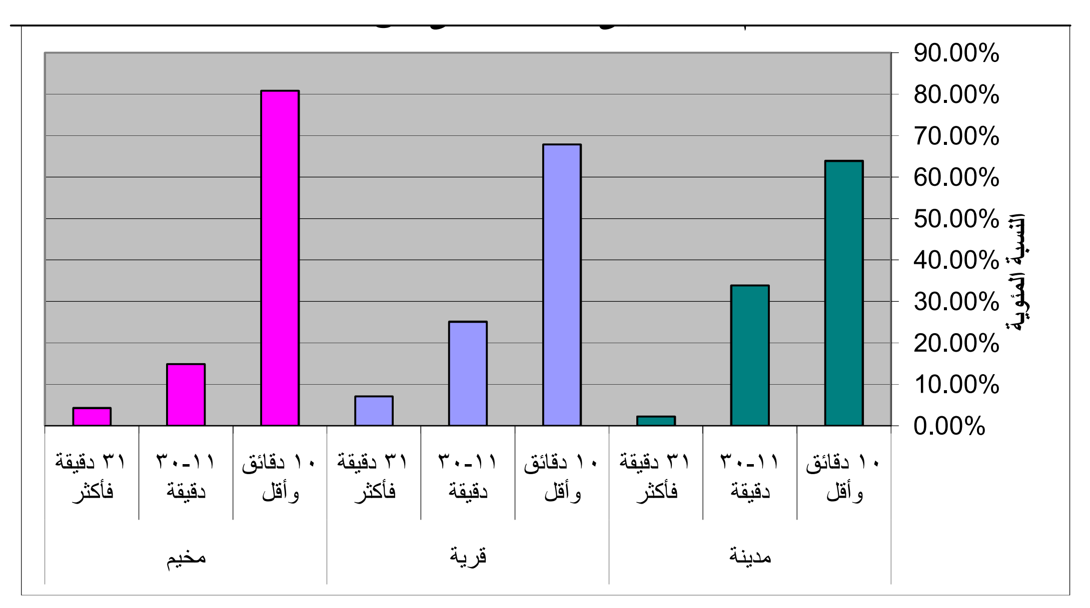
الأسر الفلسطينية شكل لها بعد المركز الصحي عائقاً للحصول على الخدمات الصحية وذلك في الربع الثالث من العام 2005، وانخفضت النسبة إلى 25.9% في الربع الرابع من نفس العـــام[1]. أما نتائج هذه الدراسة فتشير إلى أن النسبة الأكبر (66,5%) من أفراد مجتمع الدراسة يحتاجون إلى (10) دقائق واقل للوصول إلى اقرب مستشفى باستخدام وسائل النقل المختلفة علماً بأن المدة الزمنية المثالية للوصول إلى أقرب مركز طبي هي التي تتروواح بين 10–15 دقيقة مشياً علـــى الاقدام[2].

وفيما يتعلق بإمكانية الوصول إلى اقرب مستشفى فان النسبة الاكبر من الافراد في مدن ومخيم الدراسة ترى ان الوصول لاقرب مستشفى سهلة وهؤلاء شكلوا ما نسبته 84.8% مـــن اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و54.5% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة وهذا مرتبط بقصر المسافة بين التجمعات السكنية ومواقع المؤسسات الصحية,اما قرى الدراسة فـــان النسبة الاكبر من الافراد ترى ان امكانية الوصول الى اقرب مستشفى صعبة حيث بلغت نسبتهم 45.3% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة وهذا يعود الى بعـــد مواقـــع المؤسســـات الصحية عن مواقع سكنهم مما يشكل عائقا امام استفادتهم من الخدمات الصحية المقدمة في هذه المؤسسات[3].

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المراقب الاقتصادي والاجتماعي.** مرجع سابق، ص62.

[2] رداد، سامر، (2003)، **التخطيط المكاني للخدمات الصحية في منطقة ضواحي القدس الشرقية باتخدام تقنيـــات نظـــم المعلومـــات الجغرافية (GIS).** الفصل الخامس، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

[3] نتائج تحليل استبانة الدراسة



الشكل (8): تباين السكان في مجتمع الدراسة في الزمن اللازم للوصول إلى أقرب مستشفى

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

من المهم دراسة الخدمات الصحية التي تعتبر من أهم الخدمات التي تقدمها الدولة لمواطنيها. لذا من الضروري دراسة حجم الخدمات التي تقدم في المنطقة لمعرفة مدى كفايتها للسكان ومدى مواءمتها للزيادة المطردة في عدد السكان. كما تشتمل دراسة الخدمات الصحية على حصر الجهات التي تقدمها لتحديد الجهات الأكثر فاعلية في منظومة الخدمات الصحية. كما ينبغي التركيز على دراسة نوعية الخدمات الصحية المقدمة للسكان وتنوعها بما يتناسب مع مختلف الأمراض التي يعاني منها السكان حتى تتحقق المعادلة بين المطلوب من الخدمات الصحية والمتاح منها.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

5. 1 مقدمة

تأتي الأمراض كنتيجة حتمية لوجود خلل ما في جسم الإنسان بسبب عدم التلاؤم بينه وبين البيئة التي يعيش فيها، وما في هذه البيئة من عناصر ومتغيرات قد لا يمتلك الجسم القدرة على التكيف معها، فيصاب بالأمراض التي هي من مخرجات عدم تلاؤم جسم الإنسان مع بيئته. تم التعرف في الفصول السابقة على العوامل الطبيعية والبشرية التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض. كما تم حصر الأمراض الأكثر انتشارا في مناطق الدراسة والتعريف بهذه الأمراض من حيث مفهومها وأسباب الإصابة بها وأعراضها وطرق الوقاية منها, كما تم تحديد نسبة المصابين بها في مناطق الدراسة اعتمادا على عدد مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 2005. إلى جانب ذلك تم استعراض الخدمات الصحية المقدمة في محافظة رام الله والبيرة بما في ذلك مناطق الدراسة من ناحية الجهات التي تشرف على تقديمها ونوعية الخدمات المقدمة وكميتها لإظهار مدى كفايتها للسكان.

وفي هذا الفصل سيتم توضيح العلاقات بين المؤثرات البيئية في مجتمع الدراسة (والتي تسمى متغيرات مستقلة أي أنها متغيرات تؤثر على متغيرات أخرى ولا تتأثر بها) والأمراض (التي هي متغيرات تابعة تتأثر بالمتغيرات المستقلة) اعتمادا على الاستبانات التي تم توزيعها في مناطق الدراسة, والتي تمت مراجعتها ثم تحليلها باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).

5. 2 نتائج أسئلة الدراسة ومناقشتها

1. العلاقة بين مكان الإقامة والإصابة بالأمراض

تم توزيع الاستمارات على مجتمع الدراسة والذي كان يتكون من أنماط من التجمعات السكانية وهي (مدن، مخيم، قرى). ومن خلال التحليل تبين أنه لا يوجد علاقة ذات دلالة احصائية بين متغير مكان الإقامة (متغير مستقل) وبين متغير الإصابة بالأمراض (متغير تابع), حيث بلغت قيمة مربع كاي3.190 عند مستوى الدلالة 0.203 وهي غير دالة إحصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين. يشير الجدول رقم (24) إلى أن نسبة سكان المدن من عينة الدراسة

بلغت55,7%, أما نسبة سكان القرى من عينة الدراسة فقد بلغت37,7% بينما بلغت نسبة سكان المخيم من عينة الدراسة 6,70%.

جدول (24): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين مكان الإقامة والإصابة بالأمراض

مكان الإقامة	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
		نعم	لا			
المدينة	%55.7	%13.88	%42.15	2	3.190	0.203
قرية	%37.6	%10.63	%26.72			
مخيم	%6.70	%2.33	%4.28			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

وربما يعود عدم وجود علاقة بين المتغيرين إلى توفر الخدمات الصحية والتي تشرف عليها جهات مختلفة في مختلف أنماط التجمعات سواء كانت مدن أو قرى أو مخيمات، ودور هذه الخدمات في الوقاية من الأمراض أو العلاج منها، وبالتالي تقليل الإصابة بالأمراض. كما أن هناك متغيرات مستقلة أقوى تأثيراً على متغير الإصابة بالأمراض مثل كلفة بناء المسكن التي تتناسب سلبياً مع الإصابة بالأمراض. وعند مقارنة هذه النتائج مع نتائج الباحثة صبرة في دراستها لمحافظة نابلس عام 2003، تبين وجود اختلاف حيث توصلت الباحثة لوجود علاقة بين مكان الإقامة والإصابة بالأمراض غير المزمنة[1]، وأرجعت ذلك إلى التلوث الذي يسود جو المدينة وأثره في ارتفاع عدد المصابين بالأمراض مقارنة مع سكان الريف.

2. العلاقة بين الجنس والإصابة بالأمراض

تعتبر دراسة التركيب النوعي من الموضوعات الأساسية في دراسات الجغرافيا الطبية، حيث أن هناك أمراضاً تصيب جنس أكثر من الجنس الآخر، فمثلاً جسم المرأة يرفض أمراضاً مثل مرض الهيموفيليا ومرض عمى الألوان اللذان يصيبان الرجال دون النساء[2]. وفي دراسة الدكتور محمد مدحت جابر لمرض السرطان في دول الخليج العربية توصل إلى أن معدلات

[1] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص103–104.

[2] شرف، عبد العزيز طريح، مرجع سابق، ص125.

الإصابة بسرطان الجهاز الهضمي تزيد لدى الذكور عنها لدى الإناث، كما في الإمارات العربية المتحدة، حيث معدل إصابة الذكور بالنسبة للإناث لمرض السرطان هو 1: 0.558[1].

جدول (25) : نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين الجنس والإصابة بالأمراض

مكان السكن	الجنس	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	ذكر	71.2%	6.40%	64.80%	1	1.108	0.293
	أنثى	29.8%	3.60%	25.20%			
قرية	ذكر	59.9%	4.60%	55.3%	1	0.037	0.848
	أنثى	40.1%	2.80%	37.3%			
مخيم	ذكر	72.0%	12.0%	60.0%	1	0.155	0.694
	أنثى	28.0%	6.00%	22.0%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول رقم (25) إلى عدم وجود علاقة بين الجنس والإصابة بالأمراض في مدن وقرى ومخيم الدراسة حيث بلغت قيم مربع كاي 1.108, 0.037, 0.155 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.293 , 0.848 , 0.694 وهي غير دالة إحصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين.ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الأمراض الشائعة في مجتمع الدراسة هي من الأمراض التي تصيب الجنسين مثل امراض القلب و السكري وامراض العظام المفاصل.

ولم تتطرق الباحثة صبرة في دراستها عن الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس لهذا المتغير.

3- العلاقة بين عمر الأب والإصابة بالأمراض

من الضروري في الجغرافيا الطبية التعرف على التوزيع النسبي للسكان في الفئات العمرية المختلفة, حيث لكل مجموعة عمرية مشكلاتها الصحية وكذلك متطلباتها من الخدمات الصحية من حيث الكم والكيف[2].

[1] جابر، محمد مدحت، البنا، فاتن، مرجع سابق، ص48.

[2] الجوهري, محمد ويسرى, خلف الله، مرجع سابق، ص69.

جدول (26) : نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين عمر الأب والإصابة بالأمراض

مكان السكن	عمر الأب	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	(20-35)	22.50%	2.00%	20.5%	3	17.229	*0.001
	(36-50)	40.80%	2.50%	38.3%			
	(51-65)	32.90%	4.00%	28.9%			
	أكثر من 65	4.00%	1.50%	2.50%			
قرية	(20-35)	20.00%	0.40%	19.6%	3	15.128	*0.002
	(36-50)	40.00%	1.90%	38.1%			
	(51-65)	34.80%	4.40%	30.4%			
	أكثر من 65	5.30%	1.60%	3.70%			
مخيم	(20-35)	8.20%	0.00%	8.20%	3	1.302	0.729
	(36-50)	57.10%	12.2%	44.9%			
	(51-65)	32.60%	6.10%	26.5%			
	أكثر من 65	2.00%	0.00%	2.00%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول رقم (26) الى العلاقة بين عمر الاب والاصابة بالامراض في كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة.يتضح من الجدول السابق ان هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين متغير عمر الاب ومتغير الاصابة بالامراض في كل من مدن وقرى الدراسة,حيث بلغت قيم مربع كاي 17.229 ,15.128 على التوالي عند مستويات الدلالة0.001 ,0.002 وهي دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين ويمكن ارجاع ذلك الى ان الاصابة بالامراض تزداد مع تقدم العمر وضعف مناعة الجسم وتناقص قدرته على مقاومة الامراض, كم ان هناك امراضا معينة ترتبط بفئة عمرية معينة وبعوامل البيئة والوراثة مثل امراض القلب.كما يشير الجدول السابق الى عدم وجود علاقة بين عمر الاب والاصابة بالامراض في مخيم الدراسة ,حيث بلغت قيمة مربع كاي 1.302 عند مستوى الدلالة 0.729 وهي غير دالة احصائيا,يمكن ارجاع ذلك الى ان هناك متغيرات اخرى تتدخل وتؤثر في انتشار الامراض في المخيمات مثل الاكتظاظ السكاني وافتقار المساكن للشروط الصحية.

وقد اتفقت هذه النتائج مع ما توصل اليه الدكتور خلف الله محمد في دراسته لمحافظة اسيوط, حيث وجد أن في مستشفى الأمراض الصدرية تتركز الإصابة بهذه الأمراض في فئات السن (50−60 سنة) للإناث, بينما في الذكور تكون في الفئة العمرية (60 سنة), وقد وجد أن فئات السن التي تقع دون العاشرة اقل عرضة للاصابة بالامراض الصدرية[1].

بينما اختلفت نتائج هذه الدراسة مع نتائج الباحثة صبرة في دراستها لمحافظة نابلس عام 2003, حيث لم تتوصل الباحثة صبرة إلى وجود علاقة بين متغيري عمر الأب والإصابة بالأمراض غير المزمنة, وقد أعزت ذلك إلى قوة تأثير الأمراض المزمنة مع تقدم السن والشيخوخة مقارنة مع الأمراض غير المزمنة[2].

4− العلاقة بين عمر الأم والإصابة بالأمراض

يعتبر العمر من الأمور الهامة التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند دراسة الأمراض ومسبباتها.ويزداد الأمر أهمية عندما تتعلق الدراسة بالأم وعمرها واثر ذلك في الإصابة بالأمراض.فالأمهات تحتاج إلى اهتمام ورعاية خاصة حيث تعتبر من الفئات الأكثر عرضة للإصابة بالأمراض. يشير الجدول رقم (27) إلى العلاقة بين عمر الأم والإصابة بالأمراض.

[1] الجوهري, محمد ويسرى, خلف الله، مرجع سابق، ص78.

[2] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص111.

جدول(27) : نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين عمر الأم والإصابة بالأمراض

مكان السكن	عمر الأم	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	(20-35)	33.70%	2.70%	31.0%	3	21.216	0.0001*
	(36-50)	44.30%	4.20%	40.1%			
	(51-65)	19.70%	2.00%	17.7%			
	أكثر من 65	2.20%	1.20%	1.00%			
قرية	(20-35)	31.40%	1.00%	30.4%	3	4.202	0.241
	(36-50)	42.20%	4.30%	37.9%			
	(51-65)	24.60%	2.50%	22.1%			
	أكثر من 65	1.80%	0.00%	1.80%			
مخيم	(20-35)	14.00%	0.00%	14.0%	2	6.174	0.046*
	(36-50)	64.00%	18.0%	46.0%			
	(51-65)	22.00%	0.00%	22.0%			

* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول السابق الى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين متغير عمر الام ومتغير الاصابة بالامراض في مدن ومخيم الدراسة حيث بلغت قيم مربع كاي 21.216 , 6.174 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.0001 , 0.046 على التوالي وهي دالة احصائيا. يمكن إرجاع ذلك إلى ارتباط بعض الأمراض بفئات عمرية معينة, حيث كانت أمراض القلب والسكري وامراض العظام والمفاصل من أكثر الأمراض انتشارا في الفئة العمرية (51-60 سنة) في مجتمع الدراسة.

كما يشير الجدول السابق الى عدم وجود علاقة بين متغيري عمر الام والاصابة بالامراض في قرى الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 4.202 عند مستوى الدلالة 0.241, ويعود ذلك الى تمتع المراة في القرية بمستوى صحي افضل مقارنة مع النساء في مدن ومخيم الدراسة وذلك لعدة اسباب منهاصحة بيئة القرية التي تعيش فيها والتي تعتبر الاقل تلوثا كما انا ممارسة السكان لحرفة الزراعة وتربية الحيوانات في القرية يجعلهم يحصلون على غذاء صحي طبيعي يحتوي على العناصر الغذائية اللازمة لنمو وصحة الانسان. وقد توصلت الباحثة صبرة

لوجود علاقة بين متغيري عمر الأم والإصابة بالأمراض في دراستها عام 2003, حيث وجود وقد أرجعت ذلك إلى زيادة الإصابة بالأمراض مع تقدم العمر بسبب ضعف مناعة الجسم[1].

5- العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والإصابة بالأمراض

يلعب التعليم دورا هاما في حياة الأمم, كما يؤثر على الحالة الصحية للسكان. فارتقـاء مستوى التعليم يؤدي إلى رفع المستوى الصحي والمعيشي, وتقترن الأمية دائما بـالفقر لـيكملا دائرة التخلف (جهل, فقر, مرض).يشير الجدول رقم (28) إلى العلاقة بين المستوى التعليمـي للأب والإصابة بالأمراض.

جدول(28): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين المستوى التعليمي للأب والإصابة بالأمراض

مكان السكن	المستوى التعليمي للأب	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	أقل من الثانوية العامة	24.08%	3.40%	20.68%	3	3.804	0.283
	توجيهي	21.20%	2.09%	19.11%			
	دبلوم	15.97%	0.79%	15.18%			
	بكالوريوس فأعلى	38.74%	3.40%	35.34%			
قرية	أقل من الثانوية العامة	40.17%	1.28%	38.89%	3	21.905	*0.0001
	توجيهي	19.66%	3.85%	15.81%			
	دبلوم	11.54%	0.00%	11.54%			
	بكالوريوس فأعلى	28.64%	0.43%	28.21%			
مخيم	أقل من الثانوية العامة	45.46%	6.82%	38.64%	3	3.103	0.376
	توجيهي	36.36%	11.36%	25.00%			
	دبلوم	11.36%	0.00%	11.36%			
	بكالوريوس فأعلى	6.82%	2.27%	4.55%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

[1] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص131.

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة بين متغير المستوى التعليمي للاب ومتغير الاصابة بالامراض في قرى الدراسة ,حيث بلغت قيمة مربع كاي 21.905 عند مستوى الدلالة 0.0001.يمكن ارجاع ذلك الى تدني المستوى التعليمي لارباب الاسر في قرى الدراسة حيث ان النسبة الاكبر من ارباب الاسر في قرى الدراسة من حملة شهادات اقل من الثانوية العامةوهؤلاء بلغت نسبتهم40.1% من اجمالي ارباب الاسر في قرى الدراسة.ومن المعلوم مدى ارتباط المستوى التعليمي بالسلوك الصحي والبحث عن طرق وقائية وعلاجية كما ان تدني المستوى التعليمي للاب في القرية يعني افتقاره لشهادة تمكنه من الحصول على وظيفة ذات اجر منتظم الدفع يمكنه من سد احتياجاته واحتياجات اسرته.

كما يشير الجدول السابق الى عدم وجود علاقة بين متغيري المستوى التعليمي للاب والاصابة بالامراض في مدن ومخيم الدراسة حيث بلغت قيم مربع كاي 3.804 ,3.103 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.283 ,0.376 على التوالي وهي قيم غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين وهذا يعود الى توفر فرص العمل في المدينة والتي تمكن الفرد مهما تدنى مستواه التعليمي من الحصول على عمل بسبب نشاط الحياة الاقتصادية في المدن,كما ان اقتراب المخيم جغرافيا من المدينة يمكن ارباب الاسر من الانتقال الى المدينة للعمل فيها والحصول على اجر يسمح بتوفير متطلبات الحياة.

وقد توصلت الباحثة صبرة في دراستها لمحافظة نابلس, لعدم وجود علاقة بين متغيري المستوى التعليمي للأب والإصابة بالأمراض المزمنة. وقد أرجعت ضعف العلاقة بين المتغيرين إلى ارتفاع نسبة التعليم لدى أبناء محافظة نابلس وما يترتب عليه من وجود ثقافة صحية لديهم[1].

6- العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والإصابة بالأمراض

هناك علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة ومعدل الإنجاب وما يرتبط بذلك من صحة الأم وأطفالها. فكلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة انخفض معدل الإنجاب لأنها تقضي فترة أطول في التعليم مما يمكنها من المحافظة على صحتها وصحة أطفالها . كما أن المستوى التعليمي والثقافي للمرأة يعكس وعيها الصحي وإتباعها الطرق الصحيحة في الوقاية من الإصابة

[1] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص143.

بكثير من الأمراض . يبين الجدول رقم (29) العلاقة بين المستوى التعليمي للام والإصابة بالأمراض.

جدول (29): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين المستوى التعليمي للأم والإصابة بالأمراض

مكان السكن	المستوى التعليمي للأم	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	أقل من توجيهي	29.50%	3.39%	26.11%	3	2.620	0.454
	توجيهي	29.76%	2.87%	26.89%			
	دبلوم	16.71%	0.78%	15.93%			
	بكالوريوس فأعلى	24.02%	1.83%	22.19%			
قرية	أقل من توجيهي	58.34%	4.17%	54.17%	3	5.227	0.156
	توجيهي	19.90%	2.31%	17.59%			
	دبلوم	9.26%	0.00%	9.26%			
	بكالوريوس فأعلى	12.50%	0.00%	12.50%			
مخيم	أقل من توجيهي	63.42%	12.20%	51.22%	3	3.285	0.350
	توجيهي	26.83%	0.00%	26.83%			
	دبلوم	4.88%	0.00%	4.88%			
	بكالوريوس فأعلى	4.88%	0.00%	4.88%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول السابق إلى عدم وجود علاقة بين متغير المستوى التعليمي للأم (متغير مستقل) ومتغير الإصابة بالأمراض (متغير تابع) في مدن وقرى ومخيم الدراسة, حيث بلغت قيم مربع كاي 2.620 , 5.227 , 3.285 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.454 , 0.156 , 0.350 على التوالي وهي قيم غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين.ويمكن ارجاع ذلك الى ان المستوى التعليمي للام في الوقت الحاضر لم يعد مقياسا لثقافتها في ظل عصر تعدد وسائل الحصول على المعلومات,فالام تستطيع ان تنمي معلوماتها وترفع من مستواها الثقافي وخاصة حول موضوعات تتعلق بالصحة والسلامة والغذاء من عدة مصادر مثل الاذاعة والتلفاز والمجلات وغيرها.

وفي دراسة الباحثة صبرة عام 2003 توصلت إلى عدم وجود علاقـة بـين متغيـري المستوى التعليمي للأم والإصابة بالأمراض غير المزمنة, وقد أرجعت ذلك إلى ارتفـاع نسـبة الأمهات المتعلمات في محافظة نابلس[1].

كما أن السبعاوي في دراسته توصل إلى وجود علاقة بين المستوى التعليمي للأم والإصابة بالأمراض، كما توصل إلى وجود علاقة بين وفيات الأطفال أقل من عامين في مصر ومستوى تعليم الأم حيث بلغ هذا المعدل 143 لكل ألف مولود هي بالنسبة للأمهات الأميات بينما بلغ 91 في الألف لمن أتممن التعليم الابتدائي العادي[2].

7. العلاقة بين مهنة الأب والإصابة بالأمراض

من الثابت أن بعض الأعمال التي كثير منها تعرض الكثير مـنهم للإصـابة بـبعض الأمراض التي توصف بأنها أمراض مهنية، فمثلاً المشتغلون بالرعي فإنهم يتعرضون للإصابة بالأمراض المشتركة بين الإنسان والحيوان كما أنهم معرضون لبعض أمراض الحساسية التـي تنتج من مخالطة الحيوانات والتعامل مع أصوافها وأوبارها وجلودها[3]. يبين الجدول رقم (30) العلاقة بين مهنة الأب والإصابة بالأمراض.

[1] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص117.

[2] السبعاوي، محمد نور الدين، مرجع سابق، ص65.

[3] شرف، عبد العزيز طريح، ص130.

جدول (30): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين مهنة الأب والإصابة بالأمراض

مكان السكن	مهنة الأب	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	موظف حكومي	28.40%	1.98%	26.42%	8	28.965	*0.0001
	موظف عسكري	9.13%	1.48%	7.65%			
	تاجر	19.75%	0.49%	19.26%			
	مزارع	3.95%	0.49%	3.46%			
	أعمال بناء	6.66%	2.22%	4.44%			
	أعمال طبية	2.47%	0.25%	2.22%			
	موظف شركة خاصة	18.52%	0.99%	17.53%			
	مصانع	3.70%	0.74%	2.96%			
	لا يعمل	7.41%	0.99%	6.42%			
قرية	موظف حكومي	22.55%	0.75%	21.80%	8	35.260	*0.0001
	موظف عسكري	9.03%	0.38%	8.65%			
	تاجر	13.91%	0.00%	13.91%			
	مزارع	6.02%	0.00%	6.02%			
	أعمال بناء	15.04%	0.75%	14.29%			
	أعمال طبية	1.88%	0.00%	1.88%			
	موظف شركة خاصة	10.52%	0.75%	9.77%			
	مصانع	4.13%	1.50%	2.63%			
	لا يعمل	16.92%	4.14%	12.78%			
مخيم	موظف حكومي	10.20%	2.04%	8.16%	8	8.197	0.414
	موظف عسكري	10.20%	2.04%	8.16%			
	تاجر	2.04%	0.00%	2.04%			
	مزارع	16.33%	0.00%	16.33%			
	أعمال بناء	14.28%	4.08%	10.20%			
	أعمال طبية	22.45%	8.16%	14.29%			
	موظف شركة خاصة	2.04%	0.00%	2.04%			
	مصانع	4.08%	0.00%	4.08%			
	لا يعمل	18.37%	0.00%	18.37%			

* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول السابق إلى وجود علاقة بين متغير مهنة الأب (متغير مستقل) ومتغير الإصابة بالأمراض (متغير تابع) في مدن الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 28.965 عند مستوى الدلالة 0.0001 وهي دالة احصائيا,كما توجد علاقة بين المتغيرين في قرى الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 35.260 عند مستوى الدلالة 0.0001 وهي دالة احصائيا على العلاقة بين المتغيرين,اما في مخيم الدراسة فلم تظهر علاقة بين المتغيرين حيث بلغت قيمة مربع كاي 8.197 عند مستوى الدلالة 0.414 وهي غير دالة احصائيا .

كما يشير الجدول السابق الى ان النسبة الاكبر من ارباب الاسر في مدن وقرى المخيم يعملون في الوظائف الحكومية حيث بلغت نسبتهم 28.4% من اجمالي عدد ارباب الاسر في مدن الدراسة و22.5% من اجمالي عدد ارباب الاسر في قرى الدراسة,اما في مخيم الدراسة فالنسبة الاكبر من ارباب الاسر تعمل في المجالات الطبية حيث بلغت نسبتهم 22.؟4% من اجمالي عدد ارباب الاسر في مخيم الدراسة.

تعود العلاقة بين مهنة الاب والاصابة بالامراض في مدن الدراسة الى ارتفاع نسبة العاملين في الوظائف الحكومية حيث ان بعض الوظائف الحكومية لا تتطلب بذل نشاط جسدي مما يزيد من احتمال الاصابة بالبدانة وهذه تؤدي الى الاصابة ببعض الامراض مثل ارتفاع ضغط الدم,كما تعود العلاقة بين متغيري مهنة الاب والاصابة بالامراض في مدن الدراسة الى ارتفاع نسبة العاملين في التجارة الى جانب العاملين في الوظائف الحكومية,حيث من خصائص مهنة التجارة ارتباطها بتذبذب البيع والشراء والتغيرات التي تطرا على الاسواق والتي من اهم نتائجها تحقيق الارباح او الخسائر مما يؤدي الى خلق حالة من التوتر والقلق لدى التجارتمهد للاصابة ببعض الامراض مثل امراض القلب.

اما في قرى الدراسة فترتفع نسبة العاملين في اعمال التشييد والبناء الى جانب الوظائف الحكومية حيث بلغن نسبتهم 15.04% من اجمالي عدد ارباب الاسر في قرى الدراسة ومن المعروف ان العاملين في البناء معرضون لعوامل الجو مباشرة وتاثيرات الطقس والمناخ وتقلباته مما يعني اصابتهم ببعض الامراض المرتبطة بالمناخ مثل الامراض الجلدية وامراض العيون,كما ان استخدامهم لمواد البناء مثل الاسمنت والرمل الناعم والحصى يعرضهم للاصابة بامراض الجهاز التنفسي.

اما في مخيم الدراسة فلا تظهر علاقة بين متغيري مهنة الاب والاصابة بالامراض وهذا يعود الى ارتفاع نسبة العاملين في المجالات الطبية (22.4%) مما يعني وعيهم الصحي واتخاذ التدابير اللازمة للوقاية من الامراض وسرعة الحصول على العلاج من المؤسسات الصحية التي يعملون فيها في حالة اصابتهم بالامراض.

وقد توصل الباحث الدكتور محمد مدحت جابر في دراسته "مرض السرطان في دول الخليج العربي" إلى وجود علاقة بين التركيب الحرفي والمهني، وبين الإصابة بأمراض السرطان[1]، هذا ولم تتوصل الباحثة صبرة إلى وجود علاقة بين مهنة الأب والإصابة بالأمراض، وأرجعت ذلك إلى ارتفاع نسب العاطلين عن العمل في محافظة نابلس[2].

8. العلاقة بين عمل الأم والإصابة بالأمراض

يعتبر عمل المرأة من الأمور التي تستحوذ على اهتمامها وتشغل ربما الكثير من وقتها. فخروج المرأة للعمل يعني تركها للمنزل ولأفراد أسرتها وقتا قد تستغله في رعاية شؤون أفراد أسرتها ومتابعة شؤون المنزل. فعمل المرأة يعني أنها ستخصص جزءا من وقتها لعملها وقد يكون وقت العمل اكبر من الوقت الذي تقضيه في المنزل مما يؤثر على قدرتها على متابعة أفراد أسرتها ورعايتهم. يبين الجدول رقم (31) العلاقة بين عمل الأم والإصابة بالأمراض.

جدول (31): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين عمل الأم والإصابة بالأمراض

مكان السكن	عمل الأم	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	تعمل	31.32%	1.58%	29.74%	1	4.732	*0.030
	لا تعمل	68.68%	8.42%	60.26%			
قرية	تعمل	12.50%	0.38%	12.12%	1	0.728	0.394
	لا تعمل	87.50%	6.06%	81.44%			
مخيم	تعمل	4.35%	0.00%	4.35%	1	0.440	0.507
	لا تعمل	95.65%	17.39%	78.26%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

[1] محمد مدحت جابر، مرجع سابق.

[2] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص119.

يشير الجدول السابق الى وجود علاقة بين متغيري عمل الام والاصابة بالامراض في مدن الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 4.732 عند مستوى الدلالة 0.030 وهي دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين,اما في كل من قرى ومخيم الدراسة فلا توجد علاقة بين المتغيرين حيث بلغت قيم مربع كاي 0.728 , 0.440 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.394 , 0.507 وهي قيم غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين.تعود العلاقة بين متغيرعمل الام و متغير الاصابة بالامراض في مدن الدراسة الى ارتفاع نسبة الامهات العاملات في مدن الدراسة (31.3% من اجمالي عدد الامهات في مدن الدراسة) مقارنة مع الامهات في كل من قرى الدراسة (12.5% من اجمالي عدد الامهات في قرى الدراسة) ومخيم الدراسة (4.3% من اجمالي عدد الامهات في مخيم الدراسة). إن خروج المرأة للعمل يعني خسارتها لجزء من وقتها الذي يمكن أن تقضيه في رعاية شؤون أفراد أسرتها وتدبير أمور منزلها خاصة وان الأم ينبغي أن تلعب الدور الرئيسي في الحفاظ على صحة أطفالها في ظل غياب الأب وانشغاله بالعمل خارج المنزل.

أما الباحثة صبرة فتوصلت في دراستها عام 2003 الى عدم وجود علاقة بين متغيري عمل الأم والإصابة بالأمراض، وقد أعزت ذلك إلى قلة عدد النساء العاملات في مجتمع الدراسة.

9. العلاقة بين الدخل الشهري للأسرة والإصابة بالأمراض

يعتبر الدخل من المؤشرات التي تدل على المستوى المعيشي للفرد. فعندما يكون للفرد دخل مرتفع فان ذلك يمكنه من توفير إشباع حاجاته وحاجات أسرته ليس فقط الحاجات الأساسية بل يمكن أن تتعدى إلى توفير الكماليات,كما أن الدخل المرتفع يمكن الفرد من اختيار الأفضل من بين البدائل والتي يمكن أن توفر له ولأفراد أسرته الصحة والسلامة ومن هذه البدائل المسكن والغذاء واللباس والخدمات وخاصة الصحية منها.

جدول (32): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين الدخل الشهري للأسرة والإصابة بالأمراض

مكان السكن	الدخل الشهري للأسرة	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	دون 400 دينار	11.59%	1.26%	10.33%	4	9.950	*0.041
	401-499	24.94%	2.02%	22.92%			
	500-599	16.87%	3.27%	13.60%			
	600-699	14.86%	1.76%	13.10%			
	700 فأكثر	31.73%	1.76%	29.97%			
قرية	دون 400 دينار	32.52%	4.90%	27.62%	4	12.428	*0.014
	401-499	36.02%	1.75%	34.27%			
	500-599	11.54%	0.70%	10.84%			
	600-699	10.49%	0.00%	10.49%			
	700 فأكثر	9.44%	0.00%	9.44%			
مخيم	دون 400 دينار	37.50%	2.08%	35.42%	4	10.600	*0.031
	401-499	25.00%	2.08%	22.92%			
	500-599	25.00%	8.33%	16.67%			
	600-699	6.25%	0.00%	6.25%			
	700 فأكثر	6.25%	4.17%	2.08%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يبين الجدول السابق ان هناك علاقة بين متغير الدخل الشهري للاسرة ومتغير الاصابة بالامراضفي كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة,حيث بلغت قيم مربع كاي 9.950 , 12.428 , 10.600 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.041 , 0.014 , 0.031 على التوالي وهي قيم ذات دلالة احصائية.

كما يشير الجدول السابق الى ان النسبة الاكبر من الاسر في كل من مدن وقرى الدراسة يتراوح دخلها بين 401-499 دينار اردني,اما في مخيم الدراسة فالنسبة الاكبر من الاسر هي التي يقل دخلها الشهري عن 400 دينار اردني. تعود العلاقة بين متغيري الدخل الشهري للأسرة والإصابة بالأمراض إلى أن الدخل هو من وسائل قياس مستوى المعيشة حيث مستوى

المعيشة من المعايير المهمة في الحكم على المستوى الصحي للسكان، كما تكمن أهمية الدخل في الحصول على الغذاء الذي يحتاجه الجسم كماً ونوعاً، والحصول على مسكن بشروط صحية، كما تتجلى أهمية الدخل في تلقي العلاج في الوقت والمكان المناسبين عند الإصابة بالأمراض.

وقد توصلت الباحثة صبرة في دراستها عام 2003 إلى وجود علاقة بين الدخل والإصابة بالأمراض وأرجعت ذلك إلى أن انخفاض الدخل يعني عدم القدرة على تلبية المتطلبات الأساسية للأسرة التي قد تكفل لهم الصحة والسلامة.[1]

10. العلاقة بين الإقامة في الخارج والإصابة بالأمراض

تعتبر الهجرة من الموضوعات التي تهتم جغرافية السكان بدراستها .تعرف الهجرة بأنها حركة يتم فيها تغيير الإنسان لمكان إقامته إما بشكل مؤقت أو بشكل دائم خلال فترة زمنية قد تكون قصيرة تتراوح بين ستة أشهر إلى سنة أو قد تكون طويلة تمتد إلى أكثر سنة. تعتبر الهجرة ظاهرة قديمة مارسها الإنسان منذ القدم وهي مستمرة في الوقت الحاضر,وعندما يقرر الفرد الهجرة من موطنه الأصلي إلى مكان آخر فان هناك دوافع وعوامل طرد أو جذب تدفعه إلى ذلك مثل العوامل السياسية والاقتصادية وغيرها.

جدول (33): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين الإقامة خارج فلسطين والإصابة بالأمراض

مكان السكن	الإقامة خارج فلسطين	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	نعم	49.87%	4.03%	45.84%	1	1.735	0.188
	لا	50.13%	6.05%	44.08%			
قرية	نعم	34.18%	3.27%	30.91%	1	1.578	0.209
	لا	65.82%	3.64%	62.18%			
مخيم	نعم	18.36%	6.12%	12.24%	1	1.647	0.199
	لا	81.63%	12.24%	69.39%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

[1] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص104.

يشير الجدول السابق الى عدم وجود علاقة بين متغير الاقمة في الخارج ومتغير الاصابة بالامراض.يبين الجدول السابق ان النسبة الاكبر من سكان مجتمع الدراسة التي اقامت في الخارج هي من سكان المدن حيث بلغت نسبتهم 49.8% من اجمالي السكان في مدن الدراسة،بينما بلغت نسبة الذين هاجروا واقاموا في الخارج من سكان قرى الدراسة 34.1% من اجمالي سكان قرى الدراسة,اما الذين هاجروا واقاموا في الخارج من سكان مخيم الدراسة فقد بلغت نسبتهم 18.3% من اجمالي سكان مخيم الدراسة.

يعود ضعف العلاقة بين متغيري الاقامة في الخارج والاصابة بالامراض إلى أن الذين أقاموا في الخارج لم يمكثوا في الخارج مدة طويلة تكون كفيلة ومسؤولة عن الإصابة بالأمراض، كما يعود أيضاً إلى توفر الخدمات الصحية بمستوى ونوعيات جيدة في الخارج خاصة الدول الاجنبية وتوفر مستوى معيشي جيد، وكل ذلك يقود إلى التمتع بصحة جيدة.

وقد توصلت الباحثة صبرة في دراستها عام 2003 إلى نفس النتيجة حيث لا وجود لعلاقة بين المتغيرين، وقد أرجعت ذلك إلى أن معظم الذين يقيمون في الخارج هم من الفئة المتعلمة التي لديها الوعي الصحي والثقافة الصحية. لكن الباحثة فاتن محمد البنا في دراستها لمرض الايدز في القارة الإفريقية توصلت إلى وجود دور للهجرة الريفية الحضرية الإفريقية، وكذلك بعض المعسكرات الحربية القريبة من المدن في انتشار المرض

11. العلاقة بين صلة القرابة بين الزوجين والإصابة بالأمراض

يعتبر زواج الأقارب من العادات والتقاليد التي كانت سائدة منذ القدم وما زالت حتى وقتنا الحاضر. يعتبر زواج الأقارب احد الطقوس التي لا يسمح بالخروج عنها في بعض المجتمعات انطلاقا من عوامل أهمها المحافظة على ارث العائلة دون الاهتمام بالمخاطر الصحية التي قد تصيب الأم وأطفالها كنتائج لزواج الأقارب.يشير الجدول رقم (34) إلى العلاقة بين صلة القرابة بين الزوجين والإصابة بالأمراض.

جدول (34): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين صلة القرابة بين الزوجين والإصابة بالأمراض

مكان السكن	صلة القرابة بين الزوجين	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	أبناء عم	18.69%	2.43%	16.26%	5	3.501	0.835
	أبناء خال	16.26%	0.97%	15.29%			
	من العائلة	11.65%	1.46%	10.19%			
	غير أقارب ومن نفس البلدة	23.78%	1.94%	21.84%			
	من بلدتين مختلفتين	28.65%	3.16%	25.49%			
	أجنبية	0.97%	0.00%	0.97%			
قرية	أبناء عم	17.73%	1.77%	15.96%	5	29.045	*0.0001
	أبناء خال	12.41%	1.77%	10.64%			
	من العائلة	13.83%	3.55%	10.28%			
	غير أقارب ومن نفس البلدة	28.72%	0.35%	28.37%			
	من بلدتين مختلفتين	24.11%	0.35%	23.76%			
	أجنبية	3.19%	0.00%	3.19%			
مخيم	أبناء عم	12.24%	2.04%	10.20%	5	10.978	0.052
	أبناء خال	14.28%	2.04%	12.24%			
	من العائلة	14.28%	8.16%	6.12%			
	غير أقارب ومن نفس البلدة	38.77%	4.08%	34.69%			
	من بلدتين مختلفتين	18.37%	0.00%	18.37%			
	أجنبية	2.04%	0.00%	2.04%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يبين الجدول رقم (34) أن هناك علاقة بين زواج الأقارب والإصابة بالأمراض في قرى الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 29.045 عند مستوى الدلالة 0.0001 وهي دالة احصائيا,بينما لا توجد علاقة بين المتغيرين في مدن الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 3.501 عند مستوى الدلالة 0.835 وهي غير دالة احصائيا,كما لاتوجد علاقة بين متغيري زواج الاقارب والاصابة بالامراض في مخيم الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 10.978 عند مستوى الدلالة 0.052 وهي غير دالة احصائيا.

تعود العلاقة بين متغيري زواج الاقارب والاصابة بالامراض في قرى الدراسة الى ارتفاع نسبة زواج الاقارب في قرى الدراسة (ابناء عم,ابناء خال,من نفس العائلة) حيث بلغت 49.9% من اجمالي حالات الزواج في قرى الدراسة, اما في مدن الدراسة فقد بلغت نسبة زواج الاقارب 39.4% من اجمالي حالات الزواج في مدن الدراسة, بينما بلغت في مخيم الدراسة 36.6% من اجمالي حالات الزواج في المخيم .

ان زواج الأقارب قد يساعد على حدوث أو ظهور أمراض وراثية منها الثلاسيميا (مرض فقر دم حوض المتوسط)، والهيموفيليا، وأمراض أخرى مثل أمراض السكري وارتفاع ضغط الدم وتشوهات خلقية وأمراض وراثية أخرى. لم تتوصل الباحثة صبرة لوجود علاقة بين متغيري زواج الاقارب والاصابة بالامراض وأرجعت ذلك إلى زيادة الوعي لدى المواطنين لاهمية تباعد الأنساب واشتراط الفحص الطبي قبل الزواج[1].

12. العلاقة بين ملكية السكن والإصابة بالأمراض

كما تختلف المساكن في أنواعها ومساحتها ومادة بنائها تختلف أيضا في ملكيتها.ليس كل ساكني المنازل مالكين لها فقد لا يستطيع الأفراد في الوقت الحاضر شراء مسكن أو بنائه فيضطر إلى السكن في مساكن تعود ملكيتها لأفراد آخرين مقابل مبلغ من المال يدفع شهريا أو سنويا وهذا النوع من المساكن يسمى المساكن المستأجرة .قد تعكس هذه المساكن في بعض الأحيان المستوى الاقتصادي للفرد والذي لا يمكنه من امتلاك مسكن ما. يشير الجدول رقم (35) إلى العلاقة بين ملكية المسكن والإصابة بالأمراض.

[1] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص136.

جدول (35): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين ملكية السكن، والإصابة بالأمراض

مكان السكن	ملكية السكن	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	ملك	54.76%	5.24%	49.52%	2	1.170	0.557
	مستأجر	42.85%	4.52%	38.33%			
	غير ذلك	2.38%	0.48%	1.90%			
قرية	ملك	80.43%	7.12%	73.31%	2	2.288	0.318
	مستأجر	12.10%	0.71%	11.39%			
	غير ذلك	7.47%	0.00%	7.47%			
مخيم	ملك	80.00%	10.00%	70.00%	2	5.115	0.077
	مستأجر	8.00%	2.00%	6.00%			
	غير ذلك	12.00%	6.00%	6.00%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يتضح من الجدول السابق عدم وجود علاقة بين متغيري ملكية السكن والاصابة بالامراض في مدن الدراسة,حيث بلغت قيمة مربع كاي 1.170 عند مستوى الدلالة 0.557,كما لا توجد علاقة بين المتغيرين في قرى الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 2.288 عند مستوى الدلالة 0.318 , وفي مخيم الدراسة لا توجد ايضا علاقة بين المتغيرين حيث بلغت قيمة مربع كاي 5.115 عند مستوى الدلالة 0.077 وهي قيم غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين.يعود ضعف العلاقة بين المتغيرين الى ان خصائص اخرى للمسكن تعتبر اكثر اهمية وترتبط بالاصابة بالامراض مثل مساحة المسكن ومدى توفر الشروط الصحية في المسكن,فملكية المسكن من المتغيرات التي لاتعكس مدى صحة المسكن ومواءمته للسكن والحياة.

وقد توصلت الباحثة صبرة في دراستها عام 2003 إلى وجود علاقة بين نوع السكن والأمراض غير المزمنة, وأرجعت ذلك إلى أن معظم أصحاب المساكن المملوكة هم من ذوي الدخل المحدود[1].

[1] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص101.

13. العلاقة بين مساحة المسكن والإصابة بالأمراض

تتباين المساكن في مساحتها مما يعني تباين ساحة مرافقها.تعتبر المساحة الكافية من العوامل التي يرتبط بها الراحة في السكن وممارسة الأعمال فيها بيسر مما يوفر الشعور بالرضا والراحة النفسية.يرتبط بالمساحة الكافية للمنزل التوزيع الجيد لأفراد المسكن والابتعاد عن الازدحام وما يرتبط به من شعور بالضيق وإمكانية انتقال العدوى من شخص لآخر.

يشير الجدول رقم (36) إلى العلاقة بين مساحة المسكن والإصابة بالأمراض.

جدول (36) : نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين مساحة السكن، والإصابة بالأمراض

مكان السكن	مساحة السكن	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	دون 100م^2	10.28%	1.91%	8.37%	4	8.968	0.062
	100–120م^2	31.58%	2.39%	29.19%			
	121–149م^2	23.45%	3.35%	20.10%			
	150–199م^2	20.82%	1.44%	19.38%			
	أكثر من 200م^2	13.88%	0.72%	13.16%			
قرية	دون 100م^2	6.03%	0.00%	6.03%	4	9.144	0.058
	100–120م^2	36.17%	2.13%	34.04%			
	121–149م^2	29.44%	2.84%	26.60%			
	150–199م^2	14.18%	2.48%	11.70%			
	أكثر من 200م^2	14.18%	0.35%	13.83%			
مخيم	دون 100م^2	24.00%	14.00%	10.00%	4	19.399	*0.001
	100–120م^2	20.00%	4.00%	16.00%			
	121–149م^2	32.00%	0.00%	32.00%			
	150–199م^2	12.00%	0.00%	12.00%			
	أكثر من 200م^2	12.00%	0.00%	12.00%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يتضح من الجدول السابق عدم وجود علاقة بين متغير مساحة المسكن والاصابة بالامراض في كل من مدن وقرى الدراسة حيث بلغت قيم مربع كاي 8.968 و 9.144 على

التولي عند مستويات الدلالة 0.062 , 0.058 على التوالي وهي قيم غير دالة احصائيا,اما في مخيم الدراسة فيشير الجدول السابق الى وجدو علاقة بين متغيري مساحة المسكن والاصابة بالامراض حيث بلغت قيمة مربع كاي 19.399 عند مستوى الدلالة 0.001 وهي دالة احصائيا على العلاقة بين المتغيرين.

ويعود ذلك الى ان مساحة المسكن تعتبر من الشروط الرئيسة للمسكن الصحي,حيث يرتبط بها درجة التزحم داخل المسكن,كما ان اتساع مساحة المسكن وتعدد غرفه يمكن من عزل اي فرد من افراد الاسرة في حالة اصابته بمرض معد كالامراض الجلدية وامراض الجهاز التنفسي.

يتمتع معظم السكان في قرى الدراسة بمساكن مستقلة تبنى على اراضيهم وتحيط بها الحدائق المنزلية التي تعتبر مصدرا لتجدد هواء المسكن وامداده بالاكسجين.اما في مدن الدراسة فتتعدد المساكن وتتنوع ما بين بيوت مستقلة وشقق في عمارات سكنية وغالبا ما تنسجم مساحتها مع عدد افراد الاسرة.

اما في مخيم الدراسة ونظرا لمحدودية مساحة الارض التي يمتد عليها المخيم فان المساكن تبنى على متلاصقة و على مساحات محدودة وهذا يؤدي الى صغر مساحة المسكن وارتفاع معدلات التزاحم داخل المسكن مما يؤدي الى مشكلات صحية. لم تتطرق الباحثة صبرة في دراستها عن الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس لهذا المتغير.

14. العلاقة بين عدد دورات المياه والإصابة بالأمراض

تعتبر دورات المياه من المرافق المهمة التي يجب توفرها في المسكن.واهم من ذلك توافر هذه المرافق بحالة جيدة من ناحية توفر المياه النظيفة والتصريف الجيد للمياه العادمة ونظافة هذه الدورات بشكل لا يسمح بوجود أية جراثيم من الممكن أن تكون السبب الرئيسي في الإصابة ببعض الأمراض.يبين الجدول رقم (37) العلاقة بين عدد دورات المياه في المسكن والإصابة بالأمراض.

جدول (37): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين عدد دورات المياه ، والإصابة بالأمراض

مكان السكن	عدد دورات المياه	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	1	28.10%	4.29%	23.81%	3	7.870	*0.049
	2	52.14%	5.24%	46.90%			
	3	12.61%	0.71%	11.90%			
	4 فأكثر	7.14%	0.00%	7.14%			
قرية	1	23.51%	0.70%	22.81%	3	4.507	0.212
	2	48.07%	4.91%	43.16%			
	3	26.66%	1.75%	24.91%			
	4 فأكثر	1.75%	0.35%	1.40%			
مخيم	1	44.89%	12.24%	32.65%	3	3.881	0.299
	2	40.81%	4.08%	36.73%			
	3	12.24%	0.00%	12.24%			
	4 فأكثر	2.04%	0.00%	2.04%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول السابق الى وجود علاقة بين متغير عدد دورات المياه في المسكن ومتغير الاصابة بالامراض في مدن الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 7.870 عند مستوى الدلالة 0.049 وهي ذات دلالة احصائية,اما في قرى الدراسة فلا وجود لعلاقة بين المتغيرين حيث بلغت قيمة مربع كاي 4.507 عند مستوى الدلالة 0.212 وهي غير دالة احصائيا,كما لا توجد علاقة بين المتغيرين في مخيم الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 3.881 عند مستوى الدلالة 0.299 وهي غير دالة احصائيا.

تعود العلاقة بين متغير عدد دورات المياه في المسكن والاصابة بالامراض في مدن الدراسة الى ان تعدد دورات المياه في المساكن في المدن التي تتميز بالاكتظاظ السكاني يزيد من حجم المياه العادمة المتولدة عن دورات المياه مما قد يشكل خللا في تصريف هذه المياه العادمة التي تعتبر من الاوساط الناقلة للامراض,كما ان تعدد دورات المياه في المسكن في مدن الدراسة في ظل خروج المراة للعمل يقلل من فرصة متابعتها لنظافة دورات المياه في المنزل مما قد يهيىء الفرصة لوجود الجراثيم الناقلة للامراض.

اما الباحثة صبرة عام 2003فقد توصلت في دراستها لوجود علاقة بين عدد دورات المياه في المسكن والإصابة بالأمراض غير المزمنة, وقد فسرت ذلك بالربط بين عدد دورات

المياه في المنزل و درجة التزاحم عليها, حيث ترى أن درجة تزاحم الأفراد على دورات المياه تقل كلما زاد عددها مما يقلل من احتمالية الإصابة بالأمراض.[1].

15. العلاقة بين عدد أفراد المسكن والإصابة بالأمراض

من الأمور التي تأخذ بعين الاعتبار عند دراسة خصائص المسكن عدد أفراد المسكن والذي يعبر عنه بمفهوم درجة التزاحم والتي يمكن استخراجها بقسمة عدد الأفراد في المسكن على عدد غرف المسكن.يمكن اعتبار المسكن ملائما للسكن عندما يتناسب عدد أفراد المسكن مع عدد غرفه بحيث تتحقق الراحة والشعور بالرضا لدى أفراد المسكن.يبين الجدول رقم(38) العلاقة بين عدد أفراد المسكن والإصابة بالأمراض.

جدول (38): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين عدد أفراد السكن، والإصابة بالأمراض

مكان السكن	عدد أفراد السكن	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	1-4	22.99%	2.37%	20.62%	2	0.546	0.761
	5-7	44.31%	4.03%	40.28%			
	8 فأكثر	32.70%	3.79%	28.91%			
قرية	1-4	12.63%	0.35%	12.28%	2	2.210	0.331
	5-7	45.27%	3.16%	42.11%			
	8 فأكثر	42.10%	4.21%	37.89%			
مخيم	1-4	4.00%	2.00%	2.00%	2	4.607	0.100
	5-7	40.00%	2.00%	38.00%			
	8 فأكثر	56.00%	14.00%	42.00%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يبين الجدول رقم (38) عدم وجود علاقة بين متغير عدد أفراد المسكن ومتغير الإصابة بالأمراض في مدن الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 0.546 عند مستوى الدلالة0.761 وهي غير دالة احصائيا، كما لا توجد علاقة بين المتغيرين في قرى الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 2.210 عند مستوى الدلالة0.331 وهي غير دالة احصائيا,ايضا لا توجد علاقة بين

[1] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص102-103.

المتغيرين في مخيم الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي4.607 عند مستوى الدلالة 0.100 وهي غير دالة احصائيا.ويعود ذلك إلى وعي الوالدين الصحي الذي يـدفعهما إلـى اتخـاذ التـدابير الصحية اللازمة عند إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض ما وذلك منعاً لانتشـاره ونقـل العـدوى للآخرين. وقد توصلت الباحثة صبرة في دراستها عام 2003 أيضاً إلى هذه العلاقة في دراستها لمحافظة نابلس عام 2003 وقد أرجعت ذلك إلى ارتباط المساحة الكبيرة للمسكن وتعدد الغرف بتقليل الإصابة بالأمراض [1].

16. العلاقة بين عدد النوافذ المستقبلة لأشعة الشمس والإصابة بالأمراض

من شروط المسكن الصحي التهوية الجيدة، وتعدد النوافذ التي تستقبل أشـعة الشـمس، والتي تقوم بدورها بتطهير المسكن من الجراثيم والمسببات الأخرى للأمراض. والجدول رقـم (39) يبين العلاقة بين عدد النوافذ المستقبلة لأشعة الشمس والإصابة بالأمراض.

جدول (39): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين عدد النوافذ المستقبلة لأشعة الشمس، **والإصابة بالأمراض**

مكان السكن	عدد النوافذ المستقبلة لأشعة الشمس	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	3 فأقل	23.19%	2.90%	20.29%	3	1.023	0.796
	4-6	55.08%	5.56%	49.52%			
	7-9	10.38%	0.72%	9.66%			
	10 فأكثر	11.35%	1.21%	10.14%			
قرية	3 فأقل	17.32%	0.71%	16.61%	3	7.507	0.057
	4-6	51.59%	3.89%	47.70%			
	7-9	17.32%	0.71%	16.61%			
	10 فأكثر	13.78%	2.47%	11.31%			
مخيم	3 فأقل	36.00%	12.00%	24.00%	3	5.784	0.123
	4-6	38.00%	6.00%	32.00%			
	7-9	6.00%	0.00%	6.00%			
	10 فأكثر	20.00%	0.00%	20.00%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

[1] صبرة، رنا أمين، 2002، المرجع السابق، ص109.

يشير الجدول السابق إلى عدم وجود علاقة بين متغير عدد النوافـذ المسـتقبلة لاشـعة الشمس ومتغير الاصابة بالامراض في مدن الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كـاي 1.23 عنـد مستوى الدلالة 0.796 وهي غير دالة احصائيا,كما لاتوجد علاقة بين المتغيـرين فـي قـرى الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 7.507 عند مستوى الدلالـة 0.057 وهـي غيـر دالـة احصائيا, ايضا لا توجد علاقة بين المتغيرين في مخيم الدراسة حيث بلغت قيمة مربـع كـاي 5.784 عند مستوى الدلالة 0.123 وهي غير دالة احصائيا على العلقة بين المتغيرين.

يعود ضعف العلاقة بين المتغيرين إلى احتواء معظم مساكن مناطق الدراسة على عـدد كاف من النوافذ المستقبلة لأشعة الشمس، وبالتالي لا يعانون من أمراض ترتبط بقلة التشـمس، حيث كانت النسبة الأكبر من مساكن مجتمع الدراسة لديها ما يتراوح بين 4-6 نوافذ مسـتقبلة لاشعة الشمس. لم تتطرق الباحثة صبرة في دراستها عن الأمراض والخـدمات الصـحية فـي محافظة نابلس لهذا المتغير.

17. العلاقة بين نوع المياه المستخدمة للشرب والإصابة بالأمراض

تعتبر المياه من الموارد التي لا يمكن العيش بدونها,فالحياة تنعدم على الكواكب الأخرى لعدم توفر الماء فيها . يحتاج الإنسان إلى الماء في حياته في معظم جوانبها,فهو للشرب والطبخ والاغتسال والزراعة والصناعة . وحتى يحقق الإنسان المنفعة من هـذا المـاء ويعـود عليـه بالصحة والسلامة يجب أن يتميز الماء بخلوه من الملوثات التي قد تقلل من صلاحيته للاستعمال حتى في الزراعة.تتعدد المصادر التي يحصل منها الإنسان على الماء .فقد يحصل عليـه مـن البئر الموجود في منزله أو في الأرض الزراعية وقد يحصل على الماء من العيون والينابيع كما قد يحصل الإنسان على الماء من شبكات المياه التي تشرف عليها الدولة. يبين الجدول رقم (40) العلاقة بين نوع المياه المستخدمة للشرب والإصابة بالأمراض.

جدول (40): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين نوع المياه المستخدمة للشرب والإصابة بالأمراض

مكان السكن	نوع المياه المستخدمة للشرب	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	ماء بئر	11.08%	0.96%	10.12%	4	1.786	0.775
	ماء الحنفية	79.28%	7.95%	71.33%			
	شبكة خاصة	1.45%	0.00%	1.45%			
	مياه عيون	1.20%	0.00%	1.20%			
	غير ذلك	6.98%	0.96%	6.02%			
قرية	ماء بئر	17.20%	1.79%	15.41%	4	1.539	0.820
	ماء الحنفية	78.13%	6.09%	72.04%			
	شبكة خاصة	1.08%	0.00%	1.08%			
	مياه عيون	0.36%	0.00%	0.36%			
	غير ذلك	3.23%	0.00%	3.23%			
مخيم	ماء بئر	14.28%	2.04%	12.24%	3	0.599	0.897
	ماء الحنفية	81.64%	16.33%	65.31%			
	شبكة خاصة	2.04%	0.00%	2.04%			
	غير ذلك	2.04%	0.00%	2.04%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

تشير النتائج إلى أن النسبة الأكبر من الأفراد في مجتمع الدراسة يشربون ماء من الحنفية،فقد بلغت نسبتهم 79.2% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و 78.1% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة و81.6% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة.

يشير الجدول السابق الى عدم وجود علاقة بين متغير نوع المياه المستخدمة للشرب ومتغير الاصابة بالامراض في كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة حيث بلغت قيم مربع كاي 1.108 , 0.037 , 0.155 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.293 , 0.848 , 0.694 على التوالي وهي قيم غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين ويعود ذلك الى ان مدى صحة المياه المستخدمة للشرب لا يعتمد على مصدرها بقدر ما يعتمد على صحة ونظافة المياه نفسها,فقد تكون خزانات المياه في بعض المساكن غير نظيفة بحيث تكون النتيجة الحصول على مياه ملوثة من الحنفية,وفي المقابل قد تكون الآبار المملوءة من مياه الامطار ذات مياه نقية ونظيفة.

وقد توصلت الباحثة صبرة عام 2003 إلى عدم وجود علاقة بين مصدر مياه الشرب والإصابة بالأمراض غير المزمنة وقد أرجعت ذلك إلى تنوع مصادر المياه التي يحصل عليها السكان[1].

كما توصل الباحث الدكتور محمد مدحت جابر في دراسته لأمراض السرطان في دول الخليج العربية إلى أن شرب الماء غير النقي له علاقة بالسرطان، خاصة وأن مناطق كثيرة من مجتمع الدراسة ما زالت محرومة من الماء النقي[2].

18. العلاقة بين فحص خزانات المياه بشكل دوري والإصابة بالأمراض

تشتمل معظم المساكن على خزانات للماء بلاستيكية أو معدنية توضع على سطوح المساكن. إن من الضروري أن تخضع هذه الخزانات لفحص دوري للتأكد من نظافتها وعدم وجود أية إرسابات أو شوائب فيها فوجود هذه الملوثات يقلل من صلاحية الماء للشرب وأحيانا كثيرة يجعله غير صالح للاستعمال. يبين الجدول رقم (41) العلاقة بين فحص خزانات المياه بشكل دوري والإصابة بالأمراض.

جدول (41): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين فحص خزانات المياه بشكل دوري والإصابة بالأمراض

مكان السكن	فحص خزانات المياه بشكل دوري	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	نعم	33.66%	2.49%	31.17%	1	1.494	0.222
	لا	66.33%	7.48%	58.85%			
قرية	نعم	19.28%	2.55%	16.73%	1	2.419	0.120
	لا	80.72%	5.45%	75.27%			
مخيم	نعم	22.23%	6.67%	15.56%	1	0.804	0.370
	لا	77.77%	13.33%	64.44%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

---

[1] صبرة، رنا أمين، مرجع سابق، ص122.

[2] جابر، محمد مدحت، 1988، **مرض السرطان في دول الخليج العربية: دراسة في الجغرافيا الطبية**. مجلة رسائل جغرافية، قسم الجغرافيا، جامعة الكويت، العدد 113.

يشير الجدول السابق الى عدم وجود علاقة بين متغير فحص خزانات المياه بشكل دوري ومتغير الاصابة بالامراض في كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة.كما يشير الجدول السابق الى ان النسبة الاكبر من الافراد في مناطق الدراسة لا يقومون بفحص خزانات المياه بشكل دوري حيث بلغت نسبتهم 66.3% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و80.7% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة و77.7% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة. وهي نسب مرتفعة، لذلك لم تظهر علاقة بين المتغيرين.ولم تتطرق الباحثة صبرة في دراستها للأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس إلى العلاقة بين المتغيرين.

19. العلاقة بين النفايات والإصابة بالأمراض.

تعتبر النفايات من البيئات الملائمة لنمو الجراثيم وتكاثر الحشرات والقوارض التي تنقل بدورها الكثير من الإمراض للإنسان. لذلك ينبغي التخلص من النفايات بسرعة وقبل تعفنها وتصاعد الروائح الكريهة منها.تبين الجداول (44.43.42) العلاقات بين متغيرات خاصة بالنفايات ومتغير الإصابة بالأمراض.

جدول (42) : نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين التخلص من النفايات بواسطة موظفي البلدية والإصابة بالأمراض

مكان السكن	التخلص من النفايات بواسطة موظفي البلدية	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	نعم	87.77%	8.63%	79.14%	1	0.732	0.392
	لا	12.23%	1.68%	10.55%			
قرية	نعم	77.74%	6.01%	71.73%	1	0.003	0.956
	لا	22.26%	1.77%	20.49%			
مخيم	نعم	80.85%	17.02%	63.83%	1	0.465	0.496
	لا	19.15%	2.13%	17.02%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول رقم (42) الى عدم وجود علاقة بين متغير التخلص من النفايات بواسطة موظفي البلدية ومتغير الاصابة بالامراض في كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة حيث بلغت قيم

مربع كاي 0.732 , 0.003 , 0.465 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.392 , 0.956 , 0.496 على التوالي وهي قيم غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين.

كما يشير الجدول السابق الى ان النسبة الاكبر من الافراد في مناطق الدراسة يتخلصون من نفاياتهم بواسطة موظفي البلدية حيث شكل هؤلاء ما نسبته 87.7% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و77.7% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة و80.8% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة ، لذلك لم تتضح العلاقة بين المتغيرين.

كما يبين الجدول رقم (43) العلاقة بين الفترة الزمنية اللازمة للتخلص من النفايات والإصابة بالأمراض.

جدول (43): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين الفترة الزمنية للتخلص من النفايات والإصابة بالأمراض

مكان السكن	الفترة الزمنية للتخلص من النفايات	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	يومياً	65.13%	6.78%	58.35%	3	7.001	0.072
	يوماً بعد يوم	25.18%	1.69%	23.49%			
	أسبوعياً	5.09%	0.73%	4.36%			
	عند تراكمها	4.60%	1.21%	3.39%			
قرية	يومياً	29.81%	1.45%	28.36%	3	3.277	0.351
	يوماً بعد يوم	48.73%	2.91%	45.82%			
	أسبوعياً	18.54%	2.18%	16.36%			
	عند تراكمها	2.91%	0.00%	2.91%			
مخيم	يومياً	61.23%	14.29%	46.94%	3	1.921	0.589
	يوماً بعد يوم	26.53%	4.08%	22.45%			
	أسبوعياً	10.20%	0.00%	10.20%			
	عند تراكمها	2.04%	0.00%	2.04%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول رقم(43) إلى عدم وجود علاقة بين متغير الفترة الزمنية للتخلص من النفايات ومتغير الاصابة بالامراض في كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة حيث بلغت قيم مربع

كاي 7.001 , 3.277 , 1.921 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.072 , 0.351 , 0.589 على التوالي وهي قيم غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين.

كما يشير الجدول السابق الى ان النسبة الاكبر من الافراد في مدن ومخيم الدراسة يتخلصون من نفاياتهم يوميا وهؤلاء بلغت نسبتهم 65.1% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و61.2% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة,اما في قرى الدراسة فالنسبة الاكبر من الافراد (48.7% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة) يتخلصون من نفاياتهم يوما بعد يوم,وهذا مرتبط بنظام جمع النفايات الذي يقوم على جمع النفايات يوما بعد يوم في القرى ويوميا في المدن والمخيمات. لذلك لا توجد علاقة بين المتغيرين، حيث يتم التخلص من النفايات في أوقات متقاربة وباستمرار مما لا يسمح بظهور أضرار النفايات على صحة الإنسان والبيئة.

اماالجدول رقم (44) فيبين العلاقة بين كيفية التخلص من النفايات والاصابة بالأمراض.

جدول (44): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين كيفية التخلص من النفايات والإصابة بالأمراض

مكان السكن	كيفية التخلص من النفايات	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	حاويات تجميع	90.37%	8.89%	81.48%	3	3.532	0.317
	الحرق	6.17%	1.23%	4.94%			
	مسؤولية أصحاب المنزل	1.73%	0.00%	1.73%			
	إلقاء في أماكن غير محددة	1.73%	0.25%	1.48%			
قرية	حاويات تجميع	76.89%	7.58%	69.31%	3	6.827	0.078
	الحرق	15.52%	0.00%	15.52%			
	مسؤولية أصحاب المنزل	4.33%	0.00%	4.33%			
	إلقاء في أماكن غير محددة	3.25%	0.00%	3.25%			
مخيم	حاويات تجميع	72.34%	14.89%	57.45%	3	1.048	0.790
	الحرق	19.15%	4.26%	14.89%			
	مسؤولية أصحاب المنزل	4.26%	0.00%	4.26%			
	إلقاء في أماكن غير محددة	4.26%	0.00%	4.26%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول رقم(44) ان النسبة الاكبر من الافراد في مناطق الدراسة يتخلصون من نفاياتهم عن طريق وضعها في حاويات ثم تجمع هذه النفايات وتنقل الى المكب,وقد شكل هؤلاء ما نسبته 90.3% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و76.8% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة و72.3% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة,لهذا لم تظهر علاقة بين متغير كيفية التخلص من النفايات ومتغير الاصابة بالامراض.

20. العلاقة بين مصادر الحصول على المعلومات الصحية والإصابة بالأمراض

تتعدد المصادر التي يحصل منها الفرد على المعلومات الصحية التي يمكن أن يكون لها دورا كبيرا في الوقاية من الكثير من الأمراض . فيمكن للفرد أن يحصل على المعلومات الصحية من وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية, كما يمكن أن يحصل عليها أيضا من وزارة الصحة ومؤسساتها من خلال نشرات قد تصدر بصورة دورية أو مفاجئة أو مؤسسات صحية غير حكومية, كما يمكن للفرد أن يحصل على المعلومات الصحية من الأقارب والجيران والأصدقاء أو حتى من مؤسسات غير صحية مثل المدارس. يشير الجدول رقم (45) إلى العلاقة بين مصادر الحصول على المعلومات الصحية والإصابة بالامراض.

جدول (45): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين مصادر الحصول على معلومات صحية والإصابة بالأمراض

مكان السكن	مصادر الحصول على معلومات صحية	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	وسائل الإعلام	46.75%	4.10%	42.65%	5	3.302	0.653
	وزارة الصحة ومؤسساتها	26.26%	3.37%	22.89%			
	الأقارب والجيران	9.64%	1.45%	8.19%			
	المركز الصحي	6.02%	0.72%	5.30%			
	مؤسسات صحية غير حكومية	10.12%	0.72%	9.40%			
	المدرسة عن طريق الأطفال	1.20%	0.00%	1.20%			
قرية	وسائل الإعلام	30.04%	3.89%	26.15%	5	7.479	0.187
	وزارة الصحة ومؤسساتها	28.27%	1.06%	27.21%			
	الأقارب والجيران	9.54%	0.35%	9.19%			
	المركز الصحي	26.50%	1.41%	25.09%			
	مؤسسات صحية غير حكومية	4.95%	0.71%	4.24%			
	المدرسة عن طريق الأطفال	0.71%	0.00%	0.71%			
مخيم	وسائل الإعلام	18.37%	2.04%	16.33%	4	1.509	0.825
	وزارة الصحة ومؤسساتها	28.57%	4.08%	24.49%			
	الأقارب والجيران	12.24%	2.04%	10.20%			
	المركز الصحي	38.77%	10.20%	28.57%			
	المدرسة عن طريق الأطفال	2.04%	0.00%	2.04%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول السابق الى ان النسبة الاكبر من الافراد في مدن وقرى الدراسة يحصلون على معلوماتهم الصحية من وسائل الاعلام حيث بلغت نسبتهم 46.7% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و30% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة,اما في مخيم الدراسة فالنسبة الاكبر من الافراد يحصلون على معلوماتهم الصحية من من المركز الصحي (عيادة الامعري) فقد بلغت نسبتهم 38.7% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة. يشير الجدول السابق الى عدم وجود علاقة بين متغيري مصادر الحصول على المعلومات الصحية والاصابة بالامراض في مدن وقرى ومخيم الدراسة حيث بلغت قيم مربع كاي 3.302 , 7.479 , 1.509 على

التوالي عند مستويات الدلالة 0.653 , 0.187 , 0.825 على التوالي وهـي قـيم غيـر دالـة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين.

ويعود ذلك الى تنوع وتعدد مصادر الحصول على المعلومات الصـحية فـي الوقـت الحاضر,فهناك الكثير من البرامج التي تبث في الاذاعة والتلفاز حـول موضـوعات الصـحة والسلامة والوقاية من الامراض,الى جانب المقالات في الصحف اليوميـة والمجـلات,كـذلك النشرات التي تصدر عن مؤسسات طبية والتي توزع بشكل مجاني في العيادات والمدارس.

وقد توصلت الباحثة صبرة في دراستها عام 2003الى عدم وجود علاقة بـين طريقـة الحصول على المعلومات الصحية والإصابة بالأمراض وقد عللت ذلك بتعدد وسائل الحصـول على المعلومات الصحية[1].

21. العلاقة بين التأمين الصحي والإصابة بالأمراض

يعتبر التأمين من الخدمات الصحية التي تقدم للسكان والتي تهدف إلى تغطية التكـاليف المتعلقة بمشكلة صحية ما أو علاجها.إن حصول الفرد على تأمين صحي يمكنـه مـن تلقـي الخدمات الصحية اللازمة كلما دعت الحاجة مما يعني أن التأمين الصحي يلعب دورا في الحفاظ على صحة الفرد. تتعدد الجهات التي تقدم التامين الصحي للسـكان مثـل الجهـات الحكوميـة والجهات الخاصة ووكالة الغوث الدولية وهذا يرتبط بتعدد مستويات الخدمات الصحية التي تقدم .يبين الجدول رقم (46) العلاقة بين التامين الصحي والإصابة بالأمراض كما يبين الجدول رقم (47) العلاقة بين نوع التامين الصحي والإصابة بالأمراض.

[1] صبرة، رنا أمين، 2002، الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنيـة، نابلس، فلسطين، ص124.

جدول (46): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين التأمين الصحي والإصابة بالأمراض

مكان السكن	التأمين الصحي	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	مؤمن	58.05%	7.04%	51.01%	1	1.973	0.160
	غير مؤمن	41.96%	3.27%	38.69%			
قرية	مؤمن	49.07%	3.35%	45.72%	1	0.143	0.705
	غير مؤمن	50.93%	4.09%	46.84%			
مخيم	مؤمن	30.61%	8.16%	22.45%	1	0.993	0.319
	غير مؤمن	69.38%	10.20%	59.18%			

* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول رقم (46) إلى عدم وجود علاقة بين متغير التأمين الصحي ومتغير الإصابة بالأمراض في كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة حيث بلغت قيم مربع كاي 1.973 , 0.143 , 0.993 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.160 , 0.705 , 0.319 على التوالي وهي قيم غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين.

كما يشير الجدول السابق الى ارتفاع نسبة المؤمنين صحيا في المدن حيث بلغت 58% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة,بنما بلغت نسبة المؤمنين صحيا في قرى الدراسة 49%من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة,اما في مخيم الدراسة فتنخفض نسبة المؤمنين صحيا الى 30.6% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة حيث يتلقى سكان المخيم والحاملين لبطاقة اللاجىءالخدمات الصحية من عيادة الامعري. يمكن إرجاع عدم وجود علاقة بين متغيرالتأمين الصحي ومتغير الإصابة بالأمراض إلى توجه الأفراد إلى العلاج عند الحاجة، دون الالتزام بالتأمين الصحي، وخاصة التأمين الحكومي في ظل إمكانيات المؤسسات الصحية الحكومية المتواضعة.

جدول (47): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين نوع التأمين الصحي والإصابة بالأمراض

مكان السكن	نوع التأمين الصحي	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	تأمين خاص	19.64%	1.82%	17.82%	2	0.658	0.720
	تأمين حكومي	66.91%	8.00%	58.91%			
	تأمين عمل	13.45%	1.09%	12.36%			
قرية	تأمين خاص	14.75%	3.21%	11.54%	2	6.440	*0.040
	تأمين حكومي	77.57%	4.49%	73.08%			
	تأمين عمل	7.69%	0.64%	7.05%			
مخيم	تأمين خاص	14.29%	0.00%	14.29%	1	1.094	0.296
	تأمين حكومي	85.71%	23.81%	61.90%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

أما الجدول رقم (47) فيبين العلاقة بين نوع التامين الصحي والاصابة بالامراض. يشير الجدول السابق الى وجود علاقة بين نوع التامين الصحي والاصابة بالامراض في قرى الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 6.440 عند مستوى الدلالة 0.040 وهي ذات دلالة احصائية على وجود علاقة بين المتغيرين,اما في مدن ومخيم الدراسة فلا توجد علاقة بين المتغيرين حيث بلغت قيم مربع كاي 0.658 و1.094 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.720 و0.296 .

كما يشير الجدول السابق الى وجود ثلاثة انواع من التامين الصحي في مدن وقرى الدراسة وهي :التامين الحكومي,التامين الخاص وتامين العمل,اما في مخيم الدراسة فلا يوجد سوى التامين الحكومي والتامين الخاص.

يمكن ارجاع العلاقة بين نوع التامين الصحي والاصابة بالامراض في قرى الدراسة الى ارتفاع نسبة المؤمنين صحيا من نوع التامين الصحي الحكومي حيث بلغت نسبتهم 77.5% من اجمالي عدد المؤمنين صحيا في قرى الدراسة وهذا يعني اعتماد السكان على هذا النوع من التامين الصحي والذي تنخفض تكاليف الحصول عليه الى المستوى الشبه مجاني,وهذا النوع من التامين الصحي يمكن السكان من الحصول على الخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الاولية التابعة لوزارة الصحة والتي تعتبر المصدر الرئيسي ان لم يكن الوحيد في قرى

الدراسة للحصول على الخدمات الصحية ومن لا يملك هذا النوع من التامين فانه لايستطيع الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة في هذه المراكز الصحية بشكل شبه مجاني بل يضطر الى دفع الكشفية(وهي مبلغ يدفعه المريض مقابل فحصه واكتشاف مرضه) وثمن الدواء مما يجعله لا يتوجه للعلاج الا اذا تفاقم مرضه.

اما في مدن الدراسة فتتنوع مصادر الحصول على الخدمات الصحية وتتنوع الجهات التي تشرف عليها,ونوع التامين لا يعتبر من العوامل المؤثرة في الاصابة بالامراض في مدن الدراسة حيث يستطيع الفرد ان يتلقى العلاج اللازم في كل المراكز الصحية الموجودة في مدن الدراسة والتي تتنوع الجهات التي تشرف عليها,اما في مخيم الدراسة فترتفع نسبة المؤمنين صحيا من نوع تامين حكومي حيث بلغت 85.7% من اجحمالي الافراد في مخيم الدراسة وهؤلاء يستفيدون من الخدمات الصحية المقدمة في عيادة الامعري.

22. العلاقة بين تكاليف العلاج في المستشفيات والإصابة بالأمراض

تتنوع المؤسسات الطبية التي تقدم خدمات صحية للسكان فهناك مراكز الرعاية الصحية الأولية التي يشرف عليها القطاع الحكومي وهناك المستشفيات التي تشرف عليها جهات مختلفة إلى جانب العيادات الربحية التي يشرف عليها القطاع الخاص.يشرف القطاع الحكــومي علـــى مستشفيا يتم العلاج فيها اعتمادا على التامين الصحي الحكومي أو مقابل مبلغ من المال يعتبــر اقل بكثير مما يدفعه الفرد لدى توجهه للمستشفيات التي يشرف عليها القطاع الخاص .ورغم ذلك قد يفضل الفرد العلاج في المستشفيات الخاصة نظرا لنوعية الخدمات الصــحية التـــي تقــدمها المستشفيات الخاصة.يبين الجدول رقم (48) العلاقة بين تكـــاليف العـــلاج فـــي المستشـــفيات والإصابة بالأمراض.

جدول (48): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين تكاليف العلاج في المستشفيات والإصابة بالأمراض

مكان السكن	تكاليف العلاج في المستشفيات	النسبة المئوية	الإصابة بمرض نعم	الإصابة بمرض لا	درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
مدينة	رخيصة	1.21%	0.00%	1.21%	2	0.571	0.751
	غالية	89.37%	9.18%	80.19%			
	مناسبة لمداخيل السكان	9.42%	0.97%	8.45%			
قرية	رخيصة	2.87%	0.00%	2.87%	2	3.472	0.176
	غالية	86.74%	7.53%	79.21%			
	مناسبة لمداخيل السكان	10.39%	0.00%	10.39%			
مخيم	غالية	87.76%	14.29%	73.47%	1	1.021	0.312
	مناسبة لمداخيل السكان	12.24%	4.08%	8.16%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يبين الجدول السابق ان النسبة الاكبر من الافراد في كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة يرون ان تكاليف العلاج في المستشفيات غالية حيث بلغت نسبتهم 89.3% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و86.7% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة و87.7% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة.

كما يتضح من الجدول السابق عدم وجود علاقة بين متغير تكاليف العلاج في المستشفيات ومتغير الاصابة بالامراض في كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة حيث بلغت قيم مربع كاي 0.571 , 3.472 , 1.021 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.751 , 0.176 , 0.312 على التوالي وهي قيم غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين.ويعود ذلك الى حصول السكان في مناطق الدراسة على الخدمات الصحية من مؤسسات صحية اخرى غير المستشفيات مثل مراكز الرعاية الصحية الاولية التي تشرف عليها وزارة الصحة الفلسطينية والعيادات التي يشرف عليها القطاع الخيري مثل الهلال الاحمر و العيادات الصحية التي تشرف عليها الاونروا, الى جانب عيادات القطاع الخاص,لذلك لم تظهر علاقة بين متغير تكاليف العلاج في المستشفيات والاصابة بالامراض.

لم تتطرق الباحثة صبرة في دراستها عن الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس لمتغير تكاليف العلاج في المستشفيات وعلاقته بالإصابة بالأمراض.

23. العلاقة بين الفحص الطبي والإصابة بالأمراض

من الأمور الهامة التي يمكن أن تكفل الصحة والسلامة للإنسان التوجه للعلاج فورا لدى شعوره بأية أعراض خارجة عن المألوف حيث أن التشخيص في الوقت المناسب يسهل الشفاء من المرض . وحتى يتبين نوع المرض لابد أن يخضع الفرد لفحوصات تساعد الطبيب على التشخيص الصحيح ووصف العلاج اللازم . هناك الكثير من الأفراد الذين لا ينتظرون إصابتهم بالمرض حتى يقومون بإجراء الفحوصات بل إنهم اعتادوا على عمل فحوصات دورية للتأكد من سلامتهم. يبين الجدول رقم(49) العلاقة بين الفحص الطبي والإصابة بالأمراض.

جدول (49): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين الفحص الطبي والإصابة بالأمراض

مكان السكن	الفحص الطبي	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	سنوية	9.39%	1.20%	8.19%	3	3.276	0.351
	فصلية	20.49%	1.45%	19.04%			
	عند الحاجة	60.24%	6.02%	54.22%			
	لا أقوم بفحوصات	9.88%	1.69%	8.19%			
قرية	سنوية	5.38%	0.00%	5.38%	3	4.641	0.200
	فصلية	23.66%	2.51%	21.15%			
	عند الحاجة	54.84%	3.23%	51.61%			
	لا أقوم بفحوصات	16.13%	2.15%	13.98%			
مخيم	سنوية	8.33%	0.00%	8.33%	3	3.546	0.315
	فصلية	18.75%	2.08%	16.67%			
	عند الحاجة	41.67%	6.25%	35.42%			
	لا أقوم بفحوصات	31.25%	10.42%	20.83%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يتضح من الجدول رقم (49) عدم وجود علاقة بين متغير الفحص الطبي ومتغير الإصابة بالأمراض في كل من مدن وقرى ومخيم الدراسة حيث بلغت قيم مربع كاي 3.276 , 4.641 , 3.546 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.351 , 0.200 , 0.315 على التوالي وهي قيم غير دالة احصائياعلى وجود علاقة بين المتغيرين.

كما يتضح من الجدول السابق ان النسبة الاكبر من الافراد في مدن وقرى ومخيم الدراسة لا يقومون بفحوصات طبية الا عند الحاجة, حيث بلغت نسبتهم 60.2% من اجمالي السكان في مدن الدراسة و54.8% من اجمالي السكان في قرى الدراسة و41.6% من اجمالي السكان في مخيم الدراسة وهذا ما يفسر عدم وجود علاقة بين المتغيرين.لم تتطرق الباحثة صبرة في دراستها للأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس لدراسة المتغيرين والعلاقة بينهما.

24. العلاقة بين عدد زيارات أفراد الأسرة للمشفى/ الطبيب سنويا والإصابة بالأمراض

عندما يشعر الإنسان بآلام في جسمه فانه يسرع في البحث عن العلاج متوجها إلى المؤسسات الطبية التي تساعد على الشفاء من المرض إن أمكن وان لم يكن بالإمكان ذلك فإنها تقدم له الأدوية التي تسكن من آلامه مع ضرورة المراجعة للاطمئنان على صحته.يبين الجدول رقم (50) العلاقة بين عدد زيارات أفراد الأسرة للمستشفى / الطبيب والإصابة بالأمراض.

جدول (50): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين عدد زيارات افراد الأسرة للمستشفى/للطبيب سنوياً والإصابة بالأمراض

مكان السكن	عدد زيارات افراد الأسرة للمستشفى/للطبيب سنوياً	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	زيارة- زيارتين	46.17%	2.96%	43.21%	3	29.430	*0.0001
	3-5 زيارات	33.08%	2.96%	30.12%			
	6-8 زيارات	9.88%	0.99%	8.89%			
	أكثر من 8 زيارات	10.86%	3.70%	7.16%			
قرية	زيارة- زيارتين	52.74%	2.56%	50.18%	3	11.596	0.009
	3-5 زيارات	32.97%	2.93%	30.04%			
	6-8 زيارات	2.93%	0.00%	2.93%			
	أكثر من 8 زيارات	11.35%	2.56%	8.79%			
مخيم	زيارة- زيارتين	40.82%	0.00%	40.82%	3	18.114	*0.0001
	3-5 زيارات	28.57%	4.08%	24.49%			
	6-8 زيارات	6.12%	0.00%	6.12%			
	أكثر من 8 زيارات	24.49%	14.29%	10.20%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول السابق الى وجود علاقة بين متغير عدد زيارات الافراد للمستشفى/الطبيب ومتغير الاصابة بالامراض في مدن الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 29.430 عند مستوى الدلالة 0.0001 وهي ذات دلالة احصائية على وجود علاقة بين المتغيرين,كما يوجد علاقة بين المتغيرين في مخيم الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 18.114 عند مستوى الدلالة 0.0001 وهي ذات دلالة احصائية,بينما في قرى الدراسة لا وجود لعلاقة بين المتغيرين حيث بلغت قيمة مربع كاي 11.596 عند مستوى الدلالة 0.009 وهي قيمة غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين.

كما يشير الجدول السابق الى ان النسبة الاكبر من الافراد في مجتمع الدراسة هم ممـــن يزورون المستشفى/الطبيب من زيارة-زيارتين في السنة ومن هنا جاءت العلاقة بين المتغيرين, فزيارات المؤسسات الصحية في الوقت المبكر من الإصابة بالمرض يسهل الشفاء من المـــرض حيث يمكن من احتوائه في مراحله الأولى.لم تتطرق الباحثة صبرة في دراستها للأمراض عـــن العلاقة بين المتغيرين.

25. العلاقة بين المدة الزمنية للمسافة بين اقرب مركز طبي (مستشفى، عيادة صحية، طبيب خاص) والسكن، والإصابة بالأمراض

إن سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية من المعايير المهمة التي يجب مراعاتها عند اختيار مواقع الخدمات الصحية, لان مسالة الموقع الصحي وبعده عن التجمعات السكنية يعتبر من عوائق الحصول على الخدمات الصحية . لذلك فان عامل المسافة يعتبر من المتغيرات التي تؤثر طردا على درجة الاستفادة من الخدمات الصحية.يبين الجدول رقم (51) العلاقة بين المدة الزمنية للمسافة بين اقرب مركز طبي (مستشفى، عيادة صحية، طبيب خاص) والسكن، والإصابة بالأمراض .

جدول (51): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين المدة الزمنية للمسافة بين اقرب مركز طبي (مستشفى، عيادة صحية، طبيب خاص) والسكن والإصابة بالأمراض

مكان السكن	المدة الزمنية للمسافة بين اقرب مركز طبي (مستشفى، عيادة صحية، طبيب خاص) والسكن	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	10 دقائق وأقل	63.91%	5.51%	58.40%	2	12.250	*0.002
	11-30 دقيقة	33.84%	3.76%	30.08%			
	31 دقيقة فأكثر	2.25%	1.00%	1.25%			
قرية	10 دقائق وأقل	67.85%	4.71%	63.14%	2	18.349	*0.0001
	11-30 دقيقة	25.09%	0.78%	24.31%			
	31 دقيقة فأكثر	7.06%	2.35%	4.71%			
مخيم	10 دقائق وأقل	80.86%	12.77%	68.09%	2	3.194	0.203
	11-30 دقيقة	14.89%	0.00%	14.89%			
	31 دقيقة فأكثر	4.26%	2.13%	2.13%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول السابق الى وجود علاقة بين متغير المدة الزمنية للمسافة بين اقرب مركز طبي ومتغير الاصابة بالامراض في مدن الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 12.250 عند مستوى الدلالة 0.002 وهي قيمة ذات دلالة احصائية على وجود علاقة بين المتغيرين,كما يوجد علاقة بين المتغيرين في قرى الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 18.349 عند مستوى الدلالة

0.0001 وهي ذات دلالة احصائية على وجود علاقة بين المتغيرين,اما في مخيم الدراسة فلا توجد علاقة بين المتغيرين حيث بلغت قيمة مربع كاي 3.194 عند مستوى الدلالة 0.203 وهي غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين متغير المدة الزمنية للمسافة بين اقرب مركز طبي ومتغير الاصابة بالامراض.

كما يشير الجدول السابق الى ان النسبة الاكبر من الافراد في مناطق الدراسة هم من ساكني المنازل التي تبعد عن اقرب مركز طبي مسافة زمنية تقدر ب10 دقائق واقل حيث بلغت نسبتهم 63.9% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و67.8% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة و80.8% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة. تعود العلاقة بين الإصابة بالأمراض والمدة الزمنية اللازمة للوصول إلى أقرب مركز طبي إلى أهمية عامل المسافة، فهو من أهم العوامل المؤثرة في سهولة الوصول للمراكز الطبية والاستفادة منها، حيث هناك علاقة عكسية بين المسافة وعدد الحالات الوافدة للمركز الطبي، فكلما كانت المدة الزمنية اللازمة للوصول إلى المركز الطبي قليلة شجع ذلك على التوجه إلى المركز الطبي لتلقي العلاج اللازم مما يقلل من الإصابة بالأمراض،اما في مخيم الدراسة فان المركز الطبي الاقرب للسكان والذي يعتبر المصدر الوحيد للحصول على الخدمات الصحية في المخيم هو عيادة الامعري التي تشرف عليها الاونروا وهذه تقع جغرافيا على اراضي المخيم مما يعني سهولة الوصول اليها والاستفادة من الخمات الصحية المقدمة فيهخدماتها الصحية,وهذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه الدكتور محمد السبعاوي، عندما وجد أن هناك علاقة عكسية بين المسافة وعدد الحالات الوافدة لمستشفى كفر الشيخ العام بمصر[1].

26. العلاقة بين إمكانية الوصول إلى أقرب مستشفى والإصابة بالأمراض

تعتبر مدى إمكانية الوصول لأقرب مستشفى من الأمور التي تؤثر في صحة الأفــراد. فعند وجود العوائق التي تحول دون إمكانية الوصول إلى المستشفى فانه يترتب على ذلك تفــاقم حالة المريض وقد تسبب وفاته . ومن عوائق الوصول إلى المستشفى وجود الحواجز العسكرية

[1] السبعاوي، محمد نور الدين إبراهيم، 1997، **الجغرافيا الطبية: مناهج البحث وأساليب التطبيق.** الطبعة الأولى، نــوفمبر 1996,ص128.

الإسرائيلية وعدم توفر وسائل المواصلات للوصول إلى المستشفى .يبين الجدول رقم (52) العلاقة بين إمكانية الوصول إلى اقرب مستشفى والاصابة بالأمراض.

جدول (52): نتائج اختبار كاي، لفحص العلاقة بين إمكانية الوصول إلى أقرب مستشفى والإصابة بالأمراض

مكان السكن	إمكانية الوصول إلى أقرب مستشفى	النسبة المئوية	الإصابة بمرض		درجات حرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
			نعم	لا			
مدينة	سهلة	84.80%	6.96%	77.84%	2	20.332	*0.0001
	صعبة	10.82%	3.35%	7.47%			
	صعبة جداً	4.38%	0.77%	3.61%			
قرية	سهلة	42.75%	2.60%	40.15%	2	5.644	0.130
	صعبة	45.36%	3.35%	42.01%			
	صعبة جداً	11.90%	2.23%	9.67%			
مخيم	سهلة	54.55%	13.64%	40.91%	2	1.159	0.560
	صعبة	38.64%	6.82%	31.82%			
	صعبة جداً	6.82%	0.00%	6.82%			

*** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α= 0.05).**

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008

يشير الجدول السابق إلى وجود علاقة بين متغيري إمكانية الوصول إلى أقرب مستشفى والإصابة بالأمراض في مدن الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي 20.332 عند مستوى الدلالة 0.0001 وهي ذات دلالة احصائية على وجود علاقة بين المتغيرين,بينما لا توجد علاقة بين المتغيرين في كل من قرى ومخيم الدراسة حيث بلغت قيم مربع كاي 5.644 و 1.159 على التوالي عند مستويات الدلالة 0.130 و 0.560 على التوالي وهي قيم غير دالة احصائيا على وجود علاقة بين المتغيرين.

كما يشير الجدول السابق الى ان النسبة الاكبر من الافراد في مدن الدراسة ترى ان امكانية الوصول الى اقرب مستشفى سهلة وهؤلاء بلغت نسبتهم 84.8% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة وهذا مرتبط بمركزية مواقع المستشفيات في مدن الدراسة مما يمكنهم من الحصول على العلاج اللازم عند الحاجة وفي اسرع وقت ممكن,اما بالنسبة لقرى الدراسة

فان النسبة الاكبر من الافراد ترى ان امكانية الوصول الى اقرب مستشفى صعبة وهؤلاء بلغت نسبتهم 45.3% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة,وبما ان مسالة الوصول الى اقرب مستشفى تعتبر صعبة فان المستشفيات لا تشكل مصدرا رئيسا للحصول على الخدمات الصحية الا في اوقات الحاجة الملحة والضرورية كحالات الولادة مثلا ومن هنا لم تتضح العلاقة بين المتغيرين في قرى الدراسة,اما في مخيم الدراسة فالنسبة الاكبر من الافراد ترى ان امكانية الوصول لاقرب مستشفى سهلة حيث بلغت نسبتهم 54.5% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة,الا ان الافراد في مخيم الدراسة يعتمدون على عيادة الامعري التي تشرف عليها الاونروا ولا يسمح لهم بالعلاج في المستشفيات الحكومية الا بعد الحصول على تحويل من قبل الطبيب المقيم في العيادة.

يتضح مما سبق أن هناك مجموعة من المتغيرات لها علاقات مع الإصابة بالأمراض وهذه المتغيرات تظهر في الجدول رقم(53).

جدول (53): المتغيرات التي لها علاقات مع الإصابة بالأمراض في مدن الدراسة

الرقم	المتغير	درجات الحرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
.1	عمر الأب	3	17.229	0.001
.2	عمر الأم	3	21.216	0.0001
.3	مهنة الاب	8	28.965	0.0001
.4	عمل الام	1	4.732	0.030
.5	الدخل الشهري للاسرة	4	9.950	0.041
.6	عدد غرف المسكن	2	6.420	0.040
.7	عدد دورات المياه في المسكن	3	7.870	0.049
.8	عدد زيارات الافراد للمستشفى/الطبيب سنويا	3	29.430	0.0001
.9	المدة الزمنية للمسافة بين اقرب مركز طبي ومكان السكن	2	12.250	0.002
.10	امكانية الوصول الى اقرب مستشفى	2	20.332	0.0001

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

جدول (54): المتغيرات التي لها علاقات مع الإصابة بالأمراض في قرى الدراسة

الرقم	المتغير	درجات الحرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
.1	عمر الاب	3	15.128	0.002
.2	المستوى التعليمي للاب	3	21.905	0.0001
.3	مهنة الاب	8	35.260	0.0001
.4	الدخل الشهري	4	12.428	0.014
.5	صلة القرابة بين الزوجين	5	29.045	0.0001
.6	عدد غرف المسكن	2	12.602	0.002
.7	كلفة بناء المسكن	5	12.651	0.027
.8	نوع التامين الصحي	2	6.440	0.040
.9	المدة الزمنية للمسافة بين اقرب مركز طبـــي ومكان السكن	2	18.349	0.0001

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

جدول (55): المتغيرات التي لها علاقات مع الإصابة بالأمراض في مخيم الدراسة

الرقم	المتغير	درجات الحرية	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
.1	عمر الام	2	6.174	0.046
.2	الدخل الشهري	4	10.600	0.031
.3	مساحة المسكن	4	19.399	0.001
.4	عدد زيارات الافراد للمستشفى/الطبيب سنويا	3	18.114	0.0001

المصدر: نتائج دراسة الباحثة، 2008.

النتائج والتوصيات

لقد خلصت هذه الدراسة بمجموعة من النتائج يمكن تقسيمها إلى مجموعات وهي:

المجموعة الأولى :

1- شكل سكان المدن النسبة الأكبر في مجتمع الدراسة, حيث بلغت نسبتهم 55,7% من إجمالي الأفراد في العينة, في حين شكل سكان القرى ما نسبته 37,7%. أما سكان المخيم فقد شكلوا ما نسبته 6,70% من من اجمالي عدد الافراد في مناطق الدراسة.

2- النسبة الاكبر من الاسر في مدن وقرى الدراسة تتكون من 5-7 افراد حيث بلغت نسبتها 44.3% من اجمالي عدد الاسر في مدن الدراسة و45.2% من اجمالي عدد الاسر في قرى الدراسة,اما في مخيم الدراسة فكانت نسبة الاسر التي تتكون من 8 افراد فاكثر هي الاعلى حيث بلغت نسبتها 56% من اجمالي عدد الاسر في مخيم الدراسة.

3- النسبة الاكبر من ارباب الاسر في مدن وقرى الدراسة يعملون في الوظائف الحكومية حيث بلغت نسبتهم 28.4% من اجمالي عدد ارباب الاسر في مدن الدراسة و22.5% من اجمالي عدد ارباب الاسر في قرى الدراسة,اما في مخيم الدراسة فالنسبة الاكبر من ارباب الاسر يعملون في المجالات الطبية حيث بلغت نسبتهم 22.4% من اجمالي عدد ارباب الاسر في مخيم الدراسة.

4- النسبة الاكبر من ارباب الاسر في مدن الدراسة هم من حملة شهادات بكالوريوس فاعلى حيث بلغت نسبتهم 38.7% من اجمالي عدد ارباب الاسر في مدن الدراسة,اما في قرى ومخيم الدراسة فان النسبة الاكبر من ارباب الاسر هم من حملة شهادات اقل من الثانوية العامة حيث بلغت نسبتهم 40.1% من اجمالي عدد ارباب الاسر في قرى الدراسة و45.4% من اجمالي عدد ارباب الاسر في مخيم الدراسة.

5- شكلت الامهات من حملة شهادة الثانوية العامة النسبة الاكبر في مدن الدراسة حيث بلغت نسبتهن 29.7% من اجمالي عدد الامهات في مدن الدراسة,اما في قرى ومخيم الدراسة فان النسبة الاكبر من الامهات هن من حملة شهادات اقل من الثانوية العامة حيث بلغت نسبتهن

58.3% من اجمالي عدد الامهات في قرى الدراسة و63.4% من اجمالي عدد الامهـــات فـــي مخيم الدراسة.

6- تعتبر الشقق السكنية من اكثر انواع المساكن شيوعا في مدن الدراسة حيث شكلت ما نسبته 55.9% من اجمالي عدد المساكن في مدن الدراسة,بينما كانت البيوت المســتقلة هـــي الاكثـــر شيوعا في قرى ومخيم الدراسة حيث بلغت نسبة البيوت المستقلة 73.9% مـــن اجمـــالي عـــدد المساكن في قرى الدراسة و78.4% من اجمالي عدد المساكن في مخيم الدراسة.

7- تحصل النسبة الاكبر من الافراد في مناطق الدراسة على المياه من الحنفية حيـــث بلغـــت نسبتهم 79.2% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و78.1% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة و81.6% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة.

8- النسبة الاكبر من الاسر في مدن ومخيم الدراسة تتخلص من نفاياتها يوميا حيث بلغت نسبتها 65.1% من اجمالي عدد الاسر في مدن الدراسة و61.2% من اجمالي عدد الاسر فـــي مخـــيم الدراسة,اما في قرى الدراسة فان النسبة الاكبر من الاسر تتخلص من نفاياتها يوما بعد يوم وقد بلغت نسبتها 48.7% من اجمالي عدد الاسر في قرى الدراسة.

9- يعتبر زواج الاقارب من اكثر حالات الزواج شيوعا في قرى الدراسة حيث بلغـــت نســـبة زواج الاقارب 43.9% من اجمالي عدد حالات الزواج في قرى الدراسة, اما في مخيم الدراسة فقد بلغت نسبة زواج الاقارب 40.6% من اجمالي عدد حالات الزواج في مخيم الدراسة, بينما بلغت نسبة زواج الاقارب في مدن الدراسة 36.4% من اجمالي عدد حالات الزواج في مـــدن الدراسة.

10- من اكثر الامراض انتشارا في مناطق الدراسة هي امراض القلـــب حيـــث بلغـــت نســـبة المصابين بها 24.2% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة يليها مرض السكري حيث بلغت نسبة مرضى السكري 21.4% من اجمالي عدد المرضى في مناطق الدراسة.

11- النسبة الاكبر من الافراد في مدن وقرى الدراسة يحصلون على معلوماتهم الصحية مـــن وسائل الاعلام حيث بلغت نسبتهم 46.7% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و30% من

اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة,بينما تحصل النسبة الاكبر من الافراد في مخيم الدراسة على معلوماتهم الصحية من المركز الصحي حيث بلغت نسبتهم 38.7% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة.

12- بلغت نسبة الافراد المؤمنين صحيا في مناطق الدراسة 45.8% من اجمالي عدد الافراد في مناطق الدراسة,وقد كان التامين الصحي الحكومي من اكثر انواع التامين الصحي شيوعا في مناطق الدراسة.

13- النسبة الاكبر من الافراد في مناطق الدراسة ترى ان تكاليف العلاج في المستشفيات غالية حيث بلغت نسبتهم 90% من اجمالي عدد الافراد في مدن الدراسة و87% من اجمالي عدد الافراد في قرى الدراسة و88% من اجمالي عدد الافراد في مخيم الدراسة.

المجموعة الثانية :

1- هناك مجموعة من المتغيرات لها علاقات ذات دلالة احصائية مع الاصابة بالامراض في مدن الدراسة وهذه المتغيرات هي:عمر الاب,عمر الام,عدد غرف المسكن,عدد دورات المياه في المسكن,مهنة الاب,عمل الام,الدخل الشهري للاسرة,عدد زيارات الافراد للمستشفى/الطبيب سنويا,المدة الزمنية اللازمة للمسافة بين اقرب مركز طبي ومكان السكن وامكانية الوصول الى اقرب مستشفى.

2- هناك مجموعة من المتغيرات لها علاقات ذات دلالة احصائية مع الاصابة بالامراض في قرى الدراسة وهذه المتغيرات هي:عمر الاب,المستوى التعليمي للاب,مهنة الاب,صلة القرابة بين الزوجين,الدخل الشهري للاسرة,عدد غرف المسكن,كلفة بناء المسكن,نوع التامين الصحي والمدة الزمنية للمسافة بين اقرب مركز صحي ومكان السكن.

3- هناك مجموعة من المتغيرات لها علاقات ذات دلالة احصائية مع الاصابة بالامراض في مخيم الدراسة وهذه المتغيرات هي:عمر الام,الدخل الشهري للاسرة,مساحة المسكن وعدد زيارات الافراد للمستشفى/الطبيب سنويا.

انطلاقا مما أسفرت عنه هذه الدراسة من نتائج, تتقدم الباحثة بمجموعة من التوصيات ترجو أن يكون في تنفيذها إسهام في الحد من انتشار وتفاقم الأمراض :

1- تفعيل دور وسائل الاعلام بمختلف انواعها في نشر الوعي الصحي بين السكان حول ظاهرة زواج الاقارب وما ينتج عنها من امراض وراثية اهمها الثلاسيميا.

2- تثقيف العاملين في مختلف المجالات حول الامراض المهنية التي قد ترتبط بطبيعة عملهم وضرورة تزويدهم بادوات ووسائل الوقاية والسلامة اثناء العمل.

3- ضرورة القيام ببعض المعالجات للمياه بغرض تنقيتها من الشوائب مثل الفحص الدوري لخزانات المياه واستخدام معقمات للمياه لان المياه من العناصر البيئية الهامة التي تؤثر على صحة الانسان.

4- الاهتمام بنشر الثقافة الصحية بين السكان حول الامراض الاكثر شيوعا مثل امراض القلب والسكري من حيث اسبابها وطرق الوقاية منها وطرق علاجها في حالة الاصابة بها.وذلك عن طريق وسائل الاعلام والمؤسسات الصحية والمدارس.

5- عند اختيار مواقع الخدمات الصحية فانه من الضروري ان تتناسب مع مواقع التجمعات السكنية, لان بعد المركز الصحي عن التجمعات السكنية يشكل عائقا امام الحصول على الخدمات الصحية.

6- تحسين نوعية الخدمات الصحية التي تقدم في مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة للقطاع الحكومي وخاصة في القرى وذلك من خلال العمل على عدة محاور أهمها:

أ- زيادة عدد مرات زيارة الطبيب لهذه المراكز بحيث تكون أكثر من مرتين في الأسبوع.

ب- توفير الكثير من الأجهزة والمعدات الطبية الذي يعتبر من المهم وجودها في هذه المراكز.

ج- فتح أقسام جديدة في هذه المراكز مثل المختبرات ومراكز الأشعة وعيادات الأسنان وغيرها.

7- دعوة الجهات غير الحكومية (الأهلية) والخاصة لعدم تركز مواقع خدماتها الصحية في المدن,بل ينبغي إعادة توزيع مواقع الخدمات الصحية بحيث يكون للقرى والمخيمات نصيب من هذه الخدمات.

8- ضرورة وجود إجراءات التسجيل في كل عيادة خاصة أو أهلية والاحتفاظ بها مثل تسجيل اسم المريض, العمر,مكان الإقامة,المهنة وغير ذلك من اجل الحصول على قاعدة بيانات يمكن الاستفادة منها في أغراض البحث العلمي.

قائمة المصادر والمراجع

الكتب

أباث، فرد وماكماهون، روزماري، ترجمة: ع. عبد الله، 2001، **تطوير أساليب تعليم العاملين في الرعاية الصحية: مرشد عقلي للتخطيط واتخاذ القرار والتدبير**. دلتمون للنشر.

أبحاث المؤتمر الفلسطيني الأول حول مرض السرطان بين الوقاية والعلاج، المنعقد في الفترة الزمنية بين 5-6 كانون أول 1996، جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، نابلس، فلسطين.

أبو عفيفة، طلال، 2004، **قضايا الشباب: واقع، مشاكل، احتياجات**. الطبعة الأولى، د. ن.

الأحمدي، طلال بن عايد، 2004، **إدارة الرعاية الصحية**. معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية.

ارناؤوط، محمد السيد، 2002. **التلوث البيئي وأثره في صحة الإنسان**، الطبعة الثانية، أوراق شرقية للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.

الاغا، نبيل خالد، 1993، **مدائن فلسطين: دراسات ومشاهدات**. دار الفارس للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

أونروا، وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، 1998، **الوكالة على مدار الساعة**. مكتب رئاسة الأونروا/ غزة.

بابللي، ضحى، 2002، **حقائق عن داء السكري**. مكتبة العبيكات، الرياض، السعودية.

باريت، دافيد، 2002، ترجمة زينة إدريس, **مايوكلينك حول مرض البروستات**.الطبعة الثانية، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

باريت، دافيد، 2002، ترجمة زينة إدريس, **مايوكلينك حول مرض التهاب المفاصل**. الطبعة الثانية، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

برنامج الأمم المتحدة للبيئة unep، 2003، **دراسة مكتبية عن حالـــة البيئـــة فـــي الأراضـــي الفلسطينية المحتلة**، الطبعة الأولى، نيروبي، كينيا.

البشتاوي، مهند. 2004، **السكري والصحة البدنية**. الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

بقيون، سمير، 2007، **الأمراض الجلدية**. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

بيدس، أميل خليل، 1982، **كن طبيب نفسك، الأنفلونزا وأمراض الصدر**. الطبعة الأولـــى، دار الآفاق الجديدة، بيروت، لبنان.

بيرم، عبد المحسن، 1984، **الموسوعة الطبية العربية**، دار القادسية للنشر والتوزيع، بغداد.

جابر, محمد مدحت والبنا, فاتن محمد,1998, **دراسات في الجغرافية الطبية**. الطبعة الأولى, دار صفاء للنشر والتوزيع,عمان,الأردن.

جعفر، غسان، 2005، **الجلطة وأمراض القلب والأوعية الدموية**، دار الحرف العربي للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

جوميز، جوان، 1998، **كيف تتغلب على الأنيميا**. ترجمة دار الفاروق، 2005، دار الفـــاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

جونسون، مايكل، 1998، **الروماتيزم: أسبابه وعلاجه**،الطبعة الأولى، ترجمة مركز التعريـــب والترجمة، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

جونسون، مايكل، 1998، **الروماتيزم: أسبابه وعلاجه**،الطبعة الأولى، ترجمة مركز التعريـــب والترجمة، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

حجاوي، غسان وآخرون، 2002، **علم الدواء**. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار ثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

الحديدي، سيد، 1995، **أمراض الدم**، الطبعة الرابعة، دار طلاس للدراسات والترجمة والنشر، دمشق، سوريا.

حسونة, خليل إبراهيم, 2005, **لكي لا ننسى فلسطين**, مكتبة اليازجي, غزة.

الحفار، سعيد محمد، 1990، **البيئة والأورام: علم السرطان البيئي**. دار الفكر المعاصر، بيروت، لبنان.

الخطيب، أحمد، 2004، **تلوث الماء**. سلسلة البيئة والتلوث، العدد (2)، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.

الخطيب، عصام وأبو صفية، رلى، 2003، **إدارة النفايات الصلبة في الطوارئ: دراسة حالة من بلديتي البيرة ورام الله**. معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بيرزيت، فلسطين.

دائرة الثقافة، منظمة التحرير الفلسطينية، 1990، **موسوعة المدن الفلسطينية**، الطبعة الأولى، الأهالي للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.

الدباغ, مصطفى مراد, 1974، **بلادنا فلسطين**. ط 1، دار الطبيعة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

الدجاني، أمين حافظ، 1993، **المدينتان التوأم رام الله والبيرة وقضاؤهما: دراسة شاملة لمدن وقرى اللواء**. د. ن.

دياب، سهيل، 1998، **جلدك حصن جسمك**. الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

رايت، جل، ترجمة دار الفاروق، 2005، **علاج التهاب المفاصل والروماتيزم بالأعشاب**، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة.

الرفاعي، نعيم، 1981، **الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجية التكيف**. الطبعة الخامسة، د.ن.

الساحلي، خالد وأباظة، أسامة، 2006، **أثر الازدحام المروري ومواصلات النقل العام على التلوث الجوي**، مركز السلامة على الطرق وسلامة البيئة"مرور"، فلسطين.

الساحلي، خالد وأباظة، أسامة، 2006، أثر الازدحام المروري ومواصلات النقل العـام علـى التلوث الجوي. مركز السلامة على الطرق وسلامة البيئة "مرور"، أبو حبيـب للطباعـة والتصميم، البيرة، فلسطين.

السبعاوي، محمد نور الدين إبراهيم، 1997، **الجغرافيا الطبية: مناهج البحث وأساليب التطبيق.** الطبعة الأولى، نوفمبر 1996.

سرحان, غسان عبد العزيز وآخرون, 2006, **الثقافة العلمية: العلوم الإنسانية. الصف الثـاني عشر**, الجزء الثاني, الطبعة التجريبية الأولى, مركز المناهج. وزارة التربيـة والتعلـيم العالي. رام الله, فلسطين.

سطيحة، محمد محمد، 1974، **الجغرافيا العملية وقراءة الخرائط.** دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

سليم، سمير رجب، 1996، **الصحة المهنية.** الجزء الأول، الهيئة المصـرية العامـة للكتـاب، مصر.

سليم، سمير رجب، 1996، **الصحة المهنية.** الجزء الثاني، الهيئة المصـرية العامـة للكتـاب، مصر.

سويلم، محمد نبهان، 1998، **التلوث البيئي وسبل مواجهته.** الهيئة المصرية العامـة للكتـاب، مصر.

الشاعر، عبد المجيد وجاد الله، نزار، 2002، **بنوك الدم.** دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان،الأردن.

الشافعي، عبده مبروك، 2006، **أمراض الجهاز الهضمي**، دار العلوم للنشر والتوزيع، الطبعـة الأولى، القاهرة، مصر.

شحادة, نعمان,1996, **الجغرافيا المناخية: علم المناخ.**الطبعة الخامسة, دار المسـتقبل للنشـر والتوزيع, عمان, الأردن.

شرف، عبد العزيز طريح، 1995، **البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية**، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر.

شيبس، شيلدون، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، 2002، **ضغط الدم المرتفع**، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

صالح، طارق أسامة، 2006، **الصحة والبيئة**. الطبعة الأولى، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

الصديقي، سلوى ورمضان، السيد، 2004، **الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور اجتماعي**. دار المعرفة الجامعية، مصر.

الصديقي، سلوى، ورمضان، السيد، 2004، الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور اجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر.

الصفدي، عصام حمدي، 2001، **مبادئ علم وبائيات الصحة**. الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

العاصي، سناء وآخرون، 2004، **الصحة الانجابية للمرأة الفلسطينية**، مراجعة في الأدبيات. المبادة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية"مفتاح".

عبد الجواد، أحمد عبد الوهاب، 1995، **تلوث المياه العذبة**، الطبعة الأولى، الدار العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

العروسي، حسين، 1998، **التلوث المنزلي**. الطبعة الثانية، مكتبة المعارف الحديثة، الاسكندرية، مصر.

العروسي، حسين، 1999، **تلوث البيئة وملوثاتها**، مكتبة المعارف الحديثة، الإسكندرية، مصر.

علاوي، جعفر صادق، 1995، **مرض السكر**، مؤسسة أرابدايب للنشر، لندن، المملكة المتحدة.

العناني، حنان عبد الحميد، 2003، **الصحة النفسية.** الطبعة الثانية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان،م الأردن.

غالب، مصطفى، 1979، **فصام الشخصية "الازدواجية"**. مكتبة الهلال، بيروت، لبنان.

غانم، عيسى والخطيب، عماد، 1997، **الصحة العامة،** الطبعة الأولى، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

فاضل، فؤاد، 2005، **مرض السكري: أسبابه ووسائل علاجه وطرق التغذية.** دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

فتحي، شهاب الدين، 2003، **ضغط الدم المرتفع،** مطابع دار الهلال، العدد 40، القاهرة، مصر.

فطاير، عبد الرحيم، 2000، **علم الدم (نظري وعملي).** دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.

فهمي، أنيس، 1960، **أمراض الصيف،** دار المعارف، مصر.

الفيفي، سليمان قاسم، 2001، **الدواء في حياتنا،** الطبعة الأولى، مكتبة العبيكات، الرياض، السعودية.

القباني، سامي، 1997. **حافظ على صحة قلبك،** الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

قسم الترجمة والتدقيق، 2004، **الأمراض الوراثية،** الطبعة الأولى، دار الأخوة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

القضاة، خالد، 1997. **التقنيات الحديثة وانعكاساتها الاقتصادية والاجتماعية والنفسية والبيئية.** الطبعة الأولى، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

كرزم، جورج وآخرون، 2007، **الدليل المرجعي في التربية البيئية،** الطبعة الأولى، مركز العمل التنموي/ معاً، فلسطين.

كرزم، جورج، 1999، **المبيدات الكيماوية والحرب القذرة، مدخل نحو البدائل**، الطبعة الأولى، مركز العمل التنموي/معاً.

كية، جوزيف عبود، 1989، **القلب وأخطر أمراضه**، دار الشرق العربي، بيروت، لبنان،.

كينغ، جون، ترجمة: زينة إدريس، 2002، **صحة الجهاز الهضمي**. الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

ماكسوفسكي، البرت، ترجمة: محمد موسى وأحمد نفاخ، 1993، **نظم التصوير الطبي**، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر بدمشق، سورية.

محاسنة، إحسان علي، 1994، **البيئة والصحة العامة**، الطبعة الثانية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

محمد, خلف الله حسن والجوهري, يسرى, 1999, **الصحة والبيئة في التخطيط الطبي**. دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية, مصر.

محمد، خلف الله حسن والجوهري، يسرى، 1999، **الصحة والبيئة في التخطيط الطبي**. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

مركز أبحاث الأراضي، بتمويل من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2002، **التوعية الجماهيرية حول المحاجر وآثارها على البيئة والتنوع الحيوي**، جمعية الدراسات العربية، القدس، فلسطين.

مشعل، رياض، 2007، **مرض الصدفية**، منشورات جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية بمناسبة المؤتمر السادس للأمراض الجلدية في فلسطين.

مصلح، ريم، وفلفل ميسون، 2000، **مناشير الحجر في محافظة رام الله والبيرة: التأثيرات على البيئة والصحة العامة**. معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بيرزيت، فلسطين.

معهد الأبحاث التطبيقية (أريج), 2005 **أثر النشاطات العمرانية المختلفة على استخدام الأرض والمجتمعات الفلسطينية في الضفة الغربية**. القدس، فلسطين.

معهد الصحة العامة والمجتمعية، 2000، **الرعاية الصحية النفسية – الاجتماعية في الأرض الفلسطينية المحتلة،** نظام في طور النمو، جامعة بيرزيت، رام الله، فلسطين.

المغربي، إبراهيم حامد، 2004، **ضغط الدم المرتفع من منظور علم النفس**. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.

مكرم، محمد أحمد وآخرون، 1998، **سلامة صدرك**. دار الهلال للنشر والتوزيع، القاهرة.

الموسوعة الطبية، 1994، **الأذن وأمراضها**. الشركة الشرقية للمطبوعات.

الموسوعة الطبية، 1994، **الجهاز العصبي وأمراضه**. المجلد الثاني عشر، الشركة الشرقية للمطبوعات.

الموسوعة العربية العالمية، 1996، مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع، السعودية.

موسى، علي حسن، 1996، **التلوث الجوي**. إعادة للطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق، سوريا.

نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، 1999، **طب المجتمع**. أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، لبنان.

نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، 1999، **طب المجتمع**، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، لبنان.

نعمة، حسن، 1995، **الأمراض: أسبابها, مظاهرها**. شركة رشا بردس، الطبعة الثانية، بيروت، لبنان.

نيروز، إبراهيم، 2004، **رام الله: جغرافية– تاريخ – حضارة**. الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، رام الله.

الهرفي، حرب عطا، 2005، **كل ما تريد أن تعرفه عن الحساسية والربو**. الطبعة الأولى، مكتبة العبيكان، الرياض، السعودية.

ورنر، ديفيد، مي يعقوب حداد، 1999، **الصحة للجميع حيث لا يوجد طبيب**، الطبعة العربية الموسعة الأولى، بيسان للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين**، 2003، يوليو 2004.

وهبي، صالح، 2001، **الإنسان والبيئة والتلوث البيئي**. الطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق، سوريا.

يحيى, عادل وآخرون, 2000, **دليل فلسطين السياحي, الضفة الغربية وقطاع غزة**، المؤسسة الفلسطينية للتبادل الثقافي، رام الله، فلسطين.

رسائل جامعية

رداد، سامر، 2003، **التخطيط المكاني للخدمات الصحية في منطقة ضواحي القدس الشرقية باستخدام تقنيات نظم المعلومات الجغرافية (GIS)**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

صبرة، رنا أمين، 2003، **الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس: دراسة في الجغرافية الطبية**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

المومني، صدقي، 1993، **التخطيط الإقليمي وأثره في تحسين الأداء الكلي للمرافق والخدمات العامة: دراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الأردن.

مجلات

البنا، فاتن محمد، 1992، **الأبعاد الجغرافية لمرض الإيدز في قارة افريقيا**. مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، العدد 11.

جابر، محمد مدحت، 1988، **مرض السرطان في دول الخليج العربية: دراسة في الجغرافيا الطبية.** مجلة رسائل جغرافية، قسم الجغرافيا، جامعة الكويت، العدد 113.

المنشورات

اتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية، 2000، **البروستات: أمراضها وأعراضها**، الطبعة الأولى.

الإغاثة الطبية الفلسطينية، 2001، **نشرة حول مرض الرمد الربيعي.**

التقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية للعام 2005.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2007، **المسح الفلسطيني لصحة الأسرة**، 2006، التقرير النهائي، رام الله، فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2008. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-2007: النتائج النهائية للتعداد في الضفة الغربية – ملخص (السكان والمساكن). رام الله – فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, 2000, **إحصاءات المياه في الأراضي الفلسطينية**، التقرير السنوي، نوفمبر 2002.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, 2008. **إحصاءات النقل في الأراضي الفلسطينية:** التقرير السنوي 2007. رام الله – فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **الإحصاءات الجغرافية في الأراضي الفلسطينية** 2005, رام الله, فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **الإحصاءات الزراعية 2006/2005**, كانون أول / ديسمبر, 2007.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني, **الأحوال المناخية في الاراضي الفلسطينية**, التقرير السنوي 2005، حزيران / يونيو 2006، رام الله، فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **المسح الصحي – 2000**، النتائج الأساسية، رام الله – فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000، **دليل التجمعات السكانية – محافظة رام الله والبيرة:** المجلد السادس. رام الله، فلسطين

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008، **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007**، كراس المؤتمر الصحفي لإعلان النتائج الأولية للتعداد (السكان، المباني، المساكن والمنشآت)، رام الله، فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007**، المنشآت الاقتصادية، النتائج النهائية، أيار / مايو 2008، رام الله، فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المراقب الاقتصادي والاجتماعي**، العدد 5، أيار 2006، رام الله فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المستعمرات الإسرائيلية في الأراضي الفلسطينية**، التقرير الإحصائي السنوي، 2006، يوليو، 2007.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الصحي الديمغرافي**، 2004، التقرير النهائي، شباط/ فبراير، 2006.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006، التقرير النهائي، ديسمبر 2007.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **المسح الفلسطيني لصحة الأسرة**، 2006، التقرير النهائي، كانون أول / ديسمبر، 2007.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **الوضع الراهن في الأراضي الفلسطينية في ظل الإجراءات الإسرائيلية أحادية الجانب، واقع ومؤشرات.** أيار/ مايو، 2006، رام الله، فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، دائرة النشر والتوثيق، قسم خـدمات الجمهـور، **عـدد السكان المقدر في منتصف عام 2007 لمحافظة رام الله والبيرة حسب التجمع.**

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **كتاب فلسطين الإحصائي السـنوي رقـم (8).** نـوفمبر 2007.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح القوى العاملة الفلسطينية**، التقرير السنوي 2006، نيسان / ابريل 2007.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **مسح مقدمي الخدمات الصـحية والمسـتفيدين منهـا**، 2005، النتائج الأساسية حزيران/ يونيو، 2006.

دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية, **المرأة والرجل في فلسطين اتجاهات وإحصاءات 1998.**

دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، **التعداد العام للسكان والمسـاكن والمنشـآت – 1997،** النتائج النهائية للتعداد – ملخص (السكان، المساكن، المباني والمنشآت)، محافظة رام الله والبيرة، 1999.

منشورات جمعية الإغاثة الطبية، برنامج التثقيف الصحي، **التهابات المسالك البولية**، كراس رقم 4، مطبعة فراس، رام الله، فلسطين.

نشرة صادرة عن جمعية أصدقاء مرضى الثلاسيميا في فلسطين، رام الله، 2003.

وزارة الصحة الفلسطينية، **إحصاءات حول المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظة رام الله والبيرة**، 2005.

وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوضع الصحي في فلسطين، 2006**، آب 2007.

وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، **الوفيات والأسـباب الحقيقيـة للوفـاة**، 2003.

وزارة النقل والمواصلات، **دائرة والأرصاد الجوية، إدارة شبكة المحطات**، المحطة المركزيـــة، رام الله، فلسطين، 2008.

مقابلات شخصية

مقابلة شخصية مع الدكتور خالد الحلو، مسؤول عيادة الأمعري والقائم بأعمال رئـــيس أطبـــاء منطقة القدس، تموز 2007.

مقابلة شخصية مع السيد حسين أبو غوش,أمين سر جمعية البلسم لعلاج مرضى الســـرطان,رام الله,يلول2008.

مقابلة شخصية مع السيد سليم جميل البسط, مدير مكتبة بلدية البيرة, تموز 2007.

مقابلة شخصية مع د.قصي دوابشة,المدير الطبي في المركـــز الـــوطني لأمـــراض الـــدم(أبـــو قراط),رام الله,ايلول2008.

مقابلة شخصية مع رئيس مجلس قروي بلعين السيد أحمد عيسى ياسين، تموز 2008.

مقابلة شخصية مع رئيس مجلس قروي دورا القرع السيد جبر باجس فواقة, تموز 2007.

مقابلة شخصية مع مدير بلدية دير دبوان السيد وجيه عبد الكريم احمد علي, تموز 2008.

مقابلة مع رئيس بلدية بني زيد السيد عبد الرحمن النوباني, تموز 2008.

مقابلة مع رئيس مجلس الخدمات المشترك ورئيس المجلس القروي لعابود السيد إلياس صـــالح عازر, آب 2008.

المراجع الأجنبية

Environmental Profile for The West Bank,Valume 4, Ramalla District, Applied Research Institute-Jerusalem(ARIJ), October, 1996.

Learmonth, At. A., "**Medical Geography in India and Palistan**", 1952.

Pyle, G. F., "**Heart Disease, Cancer & Stroke in Chicago**". Geographical analysis with facilities Plans for 1980. 1971.

Shannon, G. W. and Dever, G. **A-Health Care Delivery: Spatial Perspectires,** New York, 1974.

الانترنت

CNN، 2003، **تحـــــذيرات أمريكيـــــة مـــــن تزايـــــد الإصـــــابة بالســـــكري.**
http://arabic.cnn.com/2003/scitech/6/15/diabetes.children/index.htm1, 25 فبراير .2008.

أبـــو النصـــر، شـــيماء، **التهـــاب اللـــوزتين والحلـــق يهـــدد قلـــوب أطفالنـــا**، العـــدد العشـــرين.
http://www.masrawy.com/Magazines/Health/2004/Family/july/week/a lthab.asps,5.abrel.2008.

أبـــو ســـليمان، ريـــاض، 2006، **أمـــراض قلـــب الأطفـــال**، جمعيـــة القلـــب الســـعودية.
http://aha.org.sa/arabic/patint-info-a/pregnancy-childhad/disease/interview-heart-disease.htm 21k,8.7.2007.

ألف طفل يموتون ســنوياً بالثلاســيميا فـــي العـــالم.-http://www.amanjordan.org/a news/wmview.php?ArtId=18631,5,نيسان.2008

الأونـــروا، 2004، مخـــيم الأمعـــري للاجئـــين-http://www.un.org/unrwa/Arabic/Refugees/WestBank/UN-Amari.htm تاريخ سحب الملف 6 تموز (يوليو) 2008.

باصـــهي، جمـــال عبـــد الله، 2008، **الإســـهال.**
27http://www.sehha.com/diseases/git/diarrhea/dial.htm. نيسان 2008

البدراني, بادي, 2 مارس 2007, وزارة الاقتصاد والتخطيط تحذر من التهاون في ظاهرة الفقر وتؤكد على أن البطالة سبب رئيسي لنشوئها, جريدة الرياض اليومية, العدد 4130, www.alriyadh.com/2007/03/02/article229032.html-31k, تموز 2007

جريدة الرياض، 2004، **سيلان والتهاب الأذن الوسطى**، العدد 13217، تاريخ سحب الملف، 13 مايو 2008.-http://www.alriyadh.com/Contents/28-08-2004/Mainpage/SAHA-2826.php.

جريدة الشرق الأوسط، 2006، العدد 10243، **الشتاء وأمراض العظام**، تاريخ سحب الملف 19 حزيران 2008. http://www.aawsat.com

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، النتائج الأساسية، 2008، http://www.pcbs/DesktopModules/Articles/Articlesview تاريخ سحب الملف 12 يونيو 2008.

السلطة الوطنية الفلسطينية– وزارة التخطيط، 2008، **تدهور الأوضاع المعيشية للفلسطينيين**، تاريخ سحب الملف 28 حزيران/ تموز http://www.mop.gov.ps/ar/puplishing/detail.asp?record id:2008

الصباحي، سمير، 2008، **التهاب المفاصل علاج ووقاية**، جريدة الرياض، العدد 14598.

صويلح، وليد، 2007، **آفاق جديدة لمهنة الصيدلة في فلسطين بعد اعتماد برنامج "دكتور صيدلة" في جامعة النجاح الوطنية**، القدس. http://www.qudsnet.com/arabic/news.php?maa=view&id=43274، 7 تموز 2008.

العبادي، عدي، 2003، **هل تصبح المشروبات الغازية بديلاً عن مياه الشرب الملوثة**، جريدة الصباح، تاريخ سحب الملف، 24 حزيران 2008. http://www.alsabaah.com/paper.php?source=akbar&mlf=copy&sid=20707

العثمان، خالد إبراهيم، 2008، **تضخم غدة البروستات، ما يجب على المريض عمله**، الجمعية السعودية لمكافحة السرطان، تاريخ سحب الملف 18 يونيو 2008.
http://.cancersociety.org.sa/mon/showthread.php?=442

علم وتكنولوجيا، 2007، **أطباء ألمان يحذرون من اصفرار الأسنان وأمراض اللثة**. تاريخ سحب الملف. تاريخ سحب الملف 20 حزيران
http://www.dw.world.de/dw/article/O.2144.2420027.00.htm.2008

غالب, مشتاق, 2005, **هبوب العواصف الترابية أثر بشكل سلبي على الانتاج الزراعي**, جريدة كل العراق,
www.kululiraq.com/modules.php?name=News&file=article&sid=298
81-23k, 4 آب 2007

القحطاني، جابر بن سالم، 2006، **الزنجبيل مع العسل يشفي من التهاب الحنجرة**. جريدة الرياض، العدد 13783. تاريخ سحب الملف 26 حزيران
http://www.alriyadh.com/2006/03/20/article139505.htm.2008

محاسنة، حسن، 2007، **ارتفاع درجات الحرارة يؤثر على مرضى القلب والدماغ والشرايين**..http://www.petranet.jo/100K/articale.tpl.29.7.2007

المركز الفلسطيني للإعلام, مدينة رام الله وقراها http//www.palestine-info.com/Arabic/land history/geo/ramallah.htm تاريخ سحب الملف 2008\9\28

مركز المعلومات الوطني الفلسطيني, **أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في الاراضي الفلسطينية**, تموز / يوليو 2006 ,
http://www.pnic.gov.ps/arabic/social/social-derasat-2006.html, 7 أغسطس 2007

مركز المعلومات الوطني الفلسطيني, أحوال السكان الفلسطينيين المقيمين في الاراضي الفلسطينية, تموز / يوليو 2006 , 7 ,http://www.pnic.gov.ps/arabic/social/social-derasat-2006.html أغسطس 2007

مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، 2004، **النفايات الصلبة والسموم في الأراضي الفلسطينية**. تاريخ سحب الملف 19 تموز 2007. -ment/envi-reve16.html- www.pnic.gov.ps/arabic/environ/70k

مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، 2004، **تلوث الهواء والضجيج في فلسطين**، تاريخ سحب الملف 24 تموز 2007-.ment/envi-reviu-htm1- www.pnic.gov.ps/arabic/environ /74.

مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، **أثر المستعمرات الإسرائيلية على البيئة الفلسطينية**، 2000، تاريخ سحب الملف 25 يونيو 2007. http://www.pnic.gov.ps/arabic/palestine/settle-12html

مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، **الخدمات الدوائية والصيدلة في فلسطين**. .www.pnic.gov.ps/arabic/health-uhtml7أكتوبر 2007

مركز دلة لطب وجراحة القلب، 2007، **أمراض القلب والشرايين**، مستشفى دلة www.dalla-hospital.com/Dalla Hospita/ar/Departments.aspx?id=242-= 87K,8.7.2007.

مصلحة مياه محافظة القدس لمنطقة رام الله والبيرة، www.jwu.org/newweb/atemplate.php?id=87 تاريخ سحب الملف 2008/9/10م.

منظمة الصحة العالمية، 2007، **عشر دقائق بشأن الربو.** http://www.who.int/features/factfiles/asthva/ar/index/html تاريخ سحب الملف 20 يونيو 2008

المنيف، ماجد، 2003، **الفلورايد يقي أسناننا من التسوس.** جريد الرياض، العدد 12809 تاريخ سحب الملف 8 حزيران http://www.alriyadh.com/Contents/17.07-.2008 2003/Mainpage/SAHA-1560php.

نقابة الصيادلة الفلسطينية، مركز القدس. www.ppa.ps/registered-drugs.htm، 12تموز/يوليو/2008

هلال، جميل، تموز 2002، **مشروع تقدير الفقر بالمشاركة في فلسطين**، وزارة التخطيط والتعاون الدولي، الإدارة العامة لبناء المؤسسات والتنمية البشرية ومكافحة الفقر وبالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNDP www.pppap.org/arabic/waht/nation/word/Fsarst20%chapter.doc تموز 2007.

وزارة الصحة الفلسطينية، **بيان توضيحي لبعض الاحتياجات الشهرية لوزارة الصحة في قطاع غزة.** www.moh.gov.ps/idata.php?id=8, 10 تموز/ يوليو 2008

وزارة الصحة الفلسطينية، **مرض ارتفاع ضغط الدم.** http://www.moh.gov.Kw/hotline/mouth.hkm,4 /Abrel/2008

وزارة الصحة، **قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004**، المنشور بتاريخ 2005/4/23. 10http://www.moh.gov.ps/idata.php?id=14, تموز/ يوليو 2008

يمـــاني، حســـين، 2006، **ارتفـــاع ضـــغط الـــدم الشـــرياني**، جمعيـــة القلـــب الســـعودية.

www.sha.org.sa/arabic/patient-info-a/hypertenesion.htm-37K,10.7.2007.

http//www.ramalla.ps/atemplate.aspx?id=2582008\9\28 تاريخ سحب الملف

http://www.alryad.com/2008/06/12/article 350079,html, 21 تـــاريخ الملـــف حزيران 2008

http://www.news.bbc.co.uk/hi/arabic/news/newsid1100000/1100674.stm تاريخ سحب الملف 21 حزيران 2008

http://www.sehha.com/disease/cvs/hypertension.htm,1.ابريل.2008.

http://www.sehha.com/diseases/diabetes/diabetes1.htm,6,Abrel.2008.

Pub/pubarabis/envir-pal-enc/chapter3 /www.arig.org

الملاحق

الاستبانة

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي القارئ، اختي القارئة

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان "الأمراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة: دراسة في الجغرافيا الطبية"، كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الجغرافيا من جامعة النجاح الوطنية.

يرجى قراءة المعلومات الواردة في الاستبانه، والاجابة عليها بوضع دائرة حول رمز الإجابة الصحيحة، أو كتابة المعلومات اللازمة في الفراغات، علماً ان المعلومات التي تقدمها ستظل سرية وتستخدم لاغراض البحث العلمي فقط، راجية الدقة في الإجابة.

شاكرة لكم حسن تعاونكم لما فيه خير البحث العلمي

الباحثة

فتحية نجار

جامعة النجاح الوطنية/ نابلس

أولاً: معلومات عامة:

1. مكان الإقامة:

أ- مدينة رام الله والبيره ب- قرية /حدد ج- مخيم

2. الجنس:

أ- ذكر ب- أنثى

3. نوع السكن:

أ- شقة في عمارة ب- فيلا ج- بيت مستقل

4. ملكية السكن:

أ- ملك ب- مستأجر ج- غير ذلك

5. مساحة المسكن:

أ. دون100م2 ب. 100-120م2 ج. 121-149م2

د. 150-199م2 هـ. 200م2 فأكثر

6. عدد غرف المسكن: ....

7. عدد دورات المياه: ....

8. عدد أفراد المسكن: ....

9. كلفة بناء المسكن بالدينار الاردني: ....

10. عدد النوافذ المستقبلة لأشعة الشمس:.............

ثانياُ: معلومات عن رب الأسرة:

1- عمر الأب: ....

2- عمر الأم: ....

3- مهنة الأب:

أ. موظف حكومي ب. موظف عسكري ج. طالب

د. تاجر هـ . مزراع و. في البناء

ز. أعمال طبية ح. موظف شركة خاصة ط. المصانع

ي. لا يعمل

4- مهنة الأم:

أ. تعمل ب. لا تعمل

5- عدد السنوات التعليمية للأب: ....

6- عدد السنوات التعليمية للأم: ....

7- دخل الأسرة الشهري بالدينار الأردني:

أ.دون400دينار ب.401-499دينار ج.500-599دينار

د.600-699دينار ي.700دينار فأكثر.

8-صلة القرابة بين الزوجين:

أ. أبناء عم وأبناء عمة ب. أبناء خال وأبناء خالة

ج. غير أقرباء ومن نفس البلدة د.بلدتين مختلفتين ي. اجنبية

9- هل سبق وأقام رب الاسرة خارج فلسطين؟

أ. نعم ب. لا

إذا كانت الإجابة نعم، حدد السبب:

أ. العمل ب. الدراسة ج. العلاج د. زيارة الأقارب

ثالثاً: الأمراض:

1- هل يعاني احد من أفراد الأسرة من مرض ما؟

أ. نعم ب. لا

2- إذا كانت الاجابة نعم اذكر:

الرقم	نوع المرض	عمر المصاب	جنسه
1			
2			
3			
4			
5			

رابعاً: التأمين الصحي:

1. هل لديك تامين صحي؟

أ.نعم ب.لا

2. إذا كنت مؤمن صحيا ما نوع التأمين؟

أ. تأمين خاص ب. تأمين حكومي ج.تامين عمل

خامساً: مياه الشرب:

1- **نوع المياه المستخدمة للشرب:**

أ. ماء بئر ب. ماء الحنفية(شبكة مياه) ج.شبكة خاصة

د.مياه عيون ي.غير ذلك

2- **هل يتم فحص مياه الخزانات بشكل دوري؟**

أ. نعم ب. لا

3- ما هو تقييمك لمياه الشرب العادية؟

أ. سيئة ب. مقبولة ج. جيدة د. جيدة جداً هـ . ممتازة

سادساً: الثقافة الصحية:

1- هل تقوم بفحوصات:

أ.سنوية ب.فصلية ج.عند الحاجة د.لا أقوم بفحوصات

2-عدد زيارات أفراد الأسرة السنوية للمشفى/الطبيب:

ا.زيارة-زيارتين ب.3-5زيارات

ج.6-8زيارات د.أكثر من 8زيارات

3- من أين تحصل على معظم معلوماتك الصحية؟

أ. وسائل الإعلام ب. وزارة الصحة ومؤسساتها

ج. الأقارب والجيران د. المركز الصحي

هـ.مؤسسات صحية غير حكومية و.المدرسة عن طريق الأطفال

4- ما هي المدة الزمنية للمسافة بين المستشفى او العيادة الصحية أو الطبيب الخاص والسكن الذي تقيم فيه؟ ....

سابعاً: النفايات:

1- هل يتم التخلص من النفايات بواسطة موظفي البلدية؟

أ. نعم ب. لا

2- هل يتم التخلص من النفايات:

أ. يومياً ب. يوماً بعد يوم ج. أسبوعياً د.عند تراكمها

3-كيفية التخلص من النفايات؟

أ.حاويات تجمع من السلطة المسؤولة ب.الحرق

ج.مسؤولية أصحاب المنزل د.الإلقاء في أماكن غير محددة

ثامنا: المستشفيات:

1- ها تكاليف العلاج في المستشفيات:

أ. رخيصة ب. غالية ج. مناسبة لمداخيل السكان

2- المدة الزمنية للمسافة بين المركز الطبي(مستشفى, عيادة صحية, طبيب خاص) والسكن:

أ.10دقائق واقل ب.11-30دقيقة ج.31دقيقة فأكثر

3- إمكانية الوصول إلى أقرب مستشفى:

أ. سهلة ب. صعبة ج. صعبة جداً

مع الشكر الجزيل

Al-Najah National University
College of Higher Studies

The Health Services and Objectives in Selected Territories of Ramllah an El-Bireh Governorate (A Study in the medical Geography)

By
Fathiya Falaih Abdul-Kareem Najjar

Supervised by
Dr. Adib AL-Khatib
Dr. Issam A. Al- Khabtib

This thesis is submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of Master in Geography , College of Higher studies, Al-Najah National University, Nablus- Palestine
2008

The Health Services and Objectives in Selected Territories of Ramllah an El-Bireh Governorate
(A Study in the medical Geography)
By
Fathiya Falaih Abdul-Kareem Najjar
Supervised by
Dr. Adib AL-Khatib
Dr. Issam A. Al- Khabtib

Abstract

This study handles a topic of the medical geography which is the diseases and health services and their spread in selected territories of Ramallah and AL-Bireh Governorate. The territories differ in the quality and diseases of the real problems. Diseases are considered a great impediment for the people in practicing their daily life.

They affect their production and capability in acting their jobs and they also cause anxiety and annoyance and restlessness which man dose not want.

This study has affirmed the most environmental effects in Ramllah and AL-Bireh Governorate and that play its role in diseases infection like: climate, economic status and pollution.

In this study widely spread diseases have been restricted in the Governorate via reviewing the Patients lists to the primary health care in 2005 which is conducted by the government sector. It has been spoken about these diseases through their concept, causes, symptoms methods of prevention and number of the patient in each disease in some of the Governorate areas.

Chapter four has been specified for the topic of the health services presented in Ramllah and EL- Bireh Governorate through the offering administrations (government sector, private sector, charitable sector, UNRWA). And these services have been discussed through their parts like the primary health care centers hospitals, laboratories, blood banks, X-Ray center, and others.

And also, the matter of preparing the services presented to the citizens in the Governorate and preparation of the patients visits to them.

This study showed a lot o the results like: the existence of functional relations on the scale (0.05=a) between the diseases infection and some variables like= age, educational level, profession, cost of treatment at hospitals, sort of the water used for drinking. The results of the study also showed that the diabetes patient are of the n\most widely spread diseases in the community of the study followed by blood pressure patients. Also , the study reached to that media is considered of the most effective and followed in attaining health data in the community of the study.

Upon these results a numbers of recommendations have been submitted: the necessity of an acting laws concerned in selecting the workshops, factories stone saws in order to prohibiting their establishment in the residing quarters or near them and the role of the ministry of Transport and communications in issuing laws limiting the umber of vehicles in each area which may lesson pollutants resulting from those vehicles.

They also improve the quality of health services presented at the primary health care centers belonging to the government sector and activating the role of various media means in disseminating health awareness among the citizens around variables that may affect health care like marriage of relatives and the necessity of medical test marriage.